



# PLANO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA

2024 - 2027

**Distrito Sanitário Especial Indígena  
Potiguará**

**JOÃO PESSOA – PARAÍBA, 2024**



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE





**Ministério da Saúde**  
**Secretaria de Saúde Indígena**  
**Plano Distrital de Saúde Indígena – DSEI Potiguara**

**Nísia Trindade**  
Ministra da Saúde

**Ricardo Weibe Tapeba**  
Secretário de Saúde Indígena

**Marilene Severino Artur**  
Coordenador Distrital de Saúde Indígena DSEI Potiguara

**Doroteia R. Moreira Gomes**  
Chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena

**Jocélia Soares**  
Chefe do Serviço de Contratação de Recursos Logísticos

**Antônio Rocha Araújo Junior**  
Chefe de Edificações e Saneamento Ambiental Indígena

**Erivaldo Lopes Holanda Junior**  
Chefe de Serviço de Orçamento e Finanças

**Bernadeth de Lourdes Van Sohsten**  
Chefe Seção de Apoio Administrativo e Patrimonial

**Robson Cassiano Soares**  
Presidente do CONDISI do DSEI Potiguara PB



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE





**Aprovado:** Plano Distrital de Saúde Indígena DSEI Potiguara

**Resolução:** nº 01/CONDISI-Potiguara, de 01 de fevereiro de 2024,

**Homologação:** Boletim de Serviço - Ano 39 - N.34.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. Plano Distrital de Saúde Indígena – DSEI Potiguara, 2024-2027.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da população assistida pelo DSEI Potiguara, por sexo, segundo os grupos de idade .....	21
Gráfico 2 - Série Histórica dos principais agravos no DSEI Potiguara, no período de janeiro de 2019 a novembro de 2023 .....	24
Gráfico 3 - Número total de casos das DDAs por ano de registro.....	25
Gráfico 4 - Estratificação dos casos das doenças diarreicas x polo base x CID informado no DSEI Potiguara, 2023.....	26
Gráfico 5 - Estratificados dos casos de Ectoparasitoses x polo base x CID informado no DSEI .....	28
Gráfico 6 - Distribuição de casos confirmados por Polo Base, 2020 a 2023.....	40
Gráfico 7 - Casos confirmados de COVID-19 analisando as variáveis sexo X faixa etária .....	41
Gráfico 8 - Distribuição dos casos de COVID-19 de acordo com a classificação SG SRAG, 2020 a 2023. ....	42
Gráfico 9 - Tipos de testes para confirmação do caso COVID-19, 2020 a 2023. ....	43
Gráfico 10 - Casos confirmados para COVID-19, 2023.....	43
Gráfico 11. E.1. R.1. Alcançar em 2023, 90% das crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo com calendário de vacinação.....	77
Gráfico 12. E.1 R.2 Alcançar, em 2023, 50% das gestantes indígenas com acesso, a no mínimo, 6 ou mais consultas de pré-natal.....	79
Gráfico 13. E.1 R.3 Alcançar, em 2023, 60% das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso a consultas preconizadas de crescimento e.....	80
Gráfico 14. E.1 R.4 Alcançar, em 2023, 92% das crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional .....	81
Gráfico 15. E.1 R.5 Alcançar em 2023, 90% de investigação de óbito em crianças indígenas menores de 1 ano investigados .....	82
Gráfico 16. E.1 R.6 Alcançar, em 2023, 92% dos óbitos maternos investigados.....	83
Impactos da pandemia na odontologia.....	86
Gráfico 17. E.1 R.12 Alcançar em 50% a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural .....	88
Gráfico 18.E.1 R.13 Qualificar 70% dos trabalhadores do DSEI para o aprimoramento do trabalho em saúde.....	88
Gráfico 19. E.1 R.14 Alcançar 100% dos estabelecimentos de saúde indígena com sua respectiva força de trabalho cadastradas no CNES e no SESAI-RH .....	90
Gráfico 20. E.6 R.1 - % dos DSEIs com a estrutura de instâncias de participação e controle social aprimoradas.....	92
Gráfico 21. E.3.R.2 - % de atividades de participação e controle social executadas	93
Gráfico 22. E. 3.R.3 - % Conselheiros de saúde Indígena qualificados .....	93

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Demarcação da TI Potyguara na Baía da Traição. Foto: Tiuré, 1981 .....	6
Figura 2 - Menina Potyguara em frente ao Posto Indígena Potyguara, na Baía da Traição. ....	8
Figura 3 - Mapa da Distribuição e extensão territorial do DSEI Potiguara.....	16
Figura 4 - Evolução dos casos de Esporotricose pelo Brasil.....	33
Figura 5 -Taxa de prevalência da LVH por 100 mil habitantes, 2012-2020, Paraíba, Brasil. ....	36
Figura 6 - Taxa de prevalência da LT por 100 mil habitantes, 2012-2020, Paraíba, Brasil. ....	38
Figura 7 - Valores de custeio e investimento por objeto, DSEI Potiguara .....	76
desenvolvimento. ....	80

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização geral do DSEI .....	3
Quadro 2 - Características específicas da região do DSEI Potiguara .....	17
Quadro 3 - Demonstrativo da população por Polo Base .....	17
Quadro 4 - Perfil sociodemográfico, étnico-cultural e linguística dos povos indígenas por polo base.....	18
Quadro 5 - Função social dos indígenas da abrangência do DSEI .....	19
Quadro 6 - Perfil do recebimento de benefício sociais dos indígenas de abrangência do DSEI .....	19
Quadro 7 - Característica dos domicílios no DSEI por Polo base (Percentual).....	20
Quadro 8 - Taxa de natalidade do DSEI por ano, 2020 a 2022.....	22
Quadro 9 - Taxa de incidência/prevalência das principais morbidades que acometeram os povos indígenas do DSEI, 2020 a 2023.....	23
Quadro 10 - Causas de mortalidade geral de indígenas no DSEI e Taxa de mortalidade geral por ano, 2020 a 2022 e dados parciais de 2023.....	44
Quadro 11 - Causas de mortalidade de crianças indígena < 1 ano no DSEI e taxa de mortalidade infantil por ano, 2020 a 2022. ....	48
Quadro 12 - Causas de mortalidade materna no DSEI e Razão de mortalidade materna por ano, 2020 a 2022 .....	50
Quadro 13 - Principais Especialidades que geram referência para a média e alta complexidade, 2020 a 2022 .....	50
Quadro 14 - Quantitativo de usuários com doenças crônicas não transmissíveis e que necessitaram de intervenção/cuidados específicos, 2022.....	50
Quadro 15 - Panorama das notificações de violência interpessoal/autoprovocada ..	51
Quadro 16 - Atividades realizadas pela equipe de atenção psicossocial, 2022 e 2023. ....	53
Quadro 17 - Descrição geral dos óbitos por suicídio no DSEI Potiguara .....	54
Quadro 18 - Quantidade atual de estabelecimentos de saúde indígena por descrição do subtipo, número de reformas/ampliações e novos estabelecimentos. ....	54
Quadro 19 - Estabelecimentos de saúde para apoio diagnóstico, média e alta complexidade em área de abrangência do Polo base.....	57
Quadro 20 - Demonstrativo geral de recursos humano existente no DSEI .....	60
Quadro 21 - Capacidade de EMSI instalada atualmente .....	61
Quadro 22 - Demonstrativo da necessidade de ampliação de recursos humano do DSEI .....	62
Quadro 23 - Número de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural (PPA). ....	63
Quadro 24 - Número de trabalhadores de atenção qualificados para o aprimoramento do trabalho em saúde.....	63
Quadro 25 - Caracterização das aldeias sobre infraestrutura de saneamento.....	64

Quadro 26 - Tecnologias de tratamento de água mais utilizada .....	64
Quadro 27 - Tecnologias de tratamento e disposição final de esgotamento mais utilizada (adaptar quadro a realidade do Distrito) .....	64
Quadro 28 - Previsão de implantação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia, 2024 a 2027 .....	65
Quadro 29 - Previsão de reforma e/ou ampliação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia .....	65
Quadro 30 - Previsão de sistema de esgotamento sanitário por aldeia .....	66
Quadro 31 - Caracterização do meio de transporte entre as unidades de abrangência do DSEI .....	67
Quadro 32 - Caracterização do acesso às aldeias por tipo de transporte no DSEI... ..	70
Quadro 33 - Número de veículos e equipamentos de transporte por tipo .....	72
Quadro 34 - Total de conselheiros locais, distritais e assessor indígena no DSEI....	73
Quadro 35 - Previsão de capacitação anual de conselheiros distritais do DSEI .....	73
Quadro 36 - Previsão de reuniões dos conselhos locais de saúde .....	74
Quadro 37 - Previsão de reuniões dos CLSI e CONDISI .....	74
Quadro 38. Resultado 7 e 8. Análise do PDSI de 2020 a 2023 no DSEI Potiguara..	84
Quadro 39 - E.1 R.10 Ampliar e qualificar as ações de Vigilância Epidemiológica para Tuberculose .....	87
Quadro 40 - Estratégia 1. Atenção à Saúde: Qualificar as ações e equipes de atenção e vigilância em saúde indígena .....	94
Quadro 41 - Resumo dos resultados e metas PDSI 2024-2027 referentes à Estratégia 2 - Melhorias das infraestruturas de saúde e dos serviços de saneamento nas áreas indígenas .....	96
Quadro 42 - Resumo dos resultados e metas PDSI 2024-2027 referentes à Estratégia 3 - Planejamento de bens e serviços adequados à execução das ações de saúde indígena pelos DSEI .....	97
Quadro 43 - Resumo dos resultados e metas PDSI 2024-2027 referentes à Estratégia 4 - Monitoramento da execução orçamentária dos recursos empenhados nos Contratos continuados, Atas de Registro de Preços e demais instrumentos celebrados no âmbito dos DSEI .....	98
Quadro 44 - Resumo dos resultados e metas PDSI 2024-2027 referentes à Estratégia 5 - Ampliação da articulação Inter federativa e Intersetorial com vistas à integralidade das ações de Atenção à Saúde Indígena .....	98
Quadro 45 - Resumo dos resultados e metas PDSI 2024-2027 referentes à Estratégia 6 - Fortalecimento das instâncias de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena .....	99

## LISTA DE SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde.
AISAN	Agente Indígena de Saneamento.
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
CLSI	Conselho Local de Saúde Indígena
DM	Diabetes Mellitus.
DDA	Doença Diarreia Aguda.
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena.
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena.
PDSI	Plano Distrital de Saúde Indígena
PPA	Plano Plurianual.
PNS	Plano Nacional de Saúde.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.
SIASI	Sistema de Informação a Saúde Indígena.
TB	Tuberculose.

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>METODOLOGIA E PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PDSI 2024 - 2027</b> ..	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>CARACTERIZAÇÃO GERAL DO DSEI</b> .....	<b>3</b>
	3.1. História da população Indígena – Contexto Geral.....	3
	3.1.1. História da População Indígena na Paraíba.....	5
	3.1.2. Povo Potiguara.....	5
	3.1.3. Povo Tabajara.....	9
	3.1.4. O Toré.....	12
	3.2. Dados Geográficos.....	14
	3.3. Mapa .....	15
<b>4.</b>	<b>DETERMINANTES E FATORES DE RISCOS AMBIENTAIS</b> .....	<b>16</b>
	4.1. Dados Demográficos.....	17
	4.2. Determinantes Sociais .....	19
	4.3. Caracterização da infraestrutura domiciliar por polo base .....	20
	4.4. Perfil epidemiológico .....	20
	4.4.1 População Indígena – DSEI Potiguara.....	21
	4.5. Principais Morbidades – Incidência e Prevalência - DSEI Potiguara.....	22
	4.6. Principais agravos – Notificações Compulsórias.....	24
	4.6.1. Doença Diarreica Aguda (DDA) .....	24
	4.6.2. Ecotoparasitoses.....	27
	4.6.3. Pediculose .....	29
	4.6.4. Ftíriase .....	30
	4.6.5. Escabiose .....	30
	4.6.6. Larva Migrans .....	30
	4.6.7. Esporotricose .....	31
	4.6.8. Leishmaniose.....	34
	4.6.9. COVID-19 .....	40
	4.6.10. Saúde Mental.....	51
	4.6.10.1. Violência Interpessoal/autoprovocada .....	51
<b>5.</b>	<b>ESTRUTURAÇÃO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA – Atual e previsão</b> .....	<b>54</b>
	5.1. Infraestrutura de saúde .....	54
	5.2. Rede de Atenção à Saúde .....	55
	5.3. Gestão do Trabalho e educação na saúde .....	60

5.3.1	Força de Trabalho.....	60
5.4.	Infraestrutura de Saneamento.....	64
5.5.	Meio de Transporte .....	66
5.5.1	Plano de Transporte.....	66
5.5.2	Monitoramento e acompanhamento dos contratos administrativos relacionados ao transporte (contratos de locação de veículos e/ou embarcações, horas-voos, mão de obra de condutores, sejam motoristas ou pilotos fluviais, manutenção de veículos e/ou embarcações, entre outros).....	70
5.5.3	Equipe de transporte estruturada .....	71
5.6	Insumos e recursos para execução das ações de saúde (planilha anexo).....	72
5.7	Controle Social.....	72
5.8	Recursos financeiros.....	75
<b>6.</b>	<b>AVALIAÇÃO DO PDSI 2020-2023.....</b>	<b>77</b>
<b>7.</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>94</b>
7.2.	Infraestrutura e Saneamento.....	96
7.3.	Planejamento e Gestão de Bens e Serviços .....	97
7.4.	Monitoramento Orçamentário .....	98
7.5.	Articulação Interfederativa .....	98
7.6.	Controle Social.....	99
<b>8.</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>100</b>

## 1. APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) tem como principal atribuição, no Ministério da Saúde (MS), coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) em todo Território Nacional, tendo como principal finalidade promover e ampliar a oferta de ações e serviços de saúde voltados aos diferentes perfis epidemiológicos e contextos culturais da população indígena, fomentando a medicina indígena como principal diretriz do cuidado.

Para efetivar as ações do SasiSUS de forma democrática e participativa, esse ano será construído o Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) 2024-2027, previsto na Portaria de consolidação GM/MS nº 4, de 29 de setembro de 2017.

O PDSI é um instrumento eficaz para o desenvolvimento e aprimoramento do planejamento, do orçamento e da gestão, dando uma especial atenção ao monitoramento e avaliação, no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e integrado ao Plano Plurianual (PPA), Plano Nacional de Saúde (PNS) e ao Planejamento Estratégico da Secretaria de Saúde Indígena para os anos de 2024 a 2027 e em consonância com a Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Para garantia do monitoramento e avaliação, após a homologação do PDSI serão criados instrumentos de gestão, que sistematizam esse processo de forma contínua e organizada. O monitoramento envolve o acompanhamento regular das atividades, prazos, custos e qualidade das ações. Deve ser uma prática contínua que permite identificar desvios, problemas ou riscos, bem como fazer ajustes e tomar ações corretivas quando necessário.

A avaliação, por sua vez, é uma análise mais abrangente e sistemática do plano, que busca avaliar o seu desempenho, resultados e impactos alcançados. Ela é realizada em momentos específicos, como o término de fases ou do plano como um todo, e visa verificar se os objetivos foram alcançados e se os benefícios esperados foram obtidos.

Este plano apresenta a estruturação do DSEI, bem como as estratégias, objetivos, metas, produtos e ações a serem desenvolvidos no período de quatro anos.

## **2. METODOLOGIA E PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PDSI 2024 - 2027**

A metodologia do Plano Distrital de Saúde Indígena 2024-2027 partiu de diretrizes elaboradas pela SESAI, no âmbito central, enviadas aos DSEI em setembro de 2023.

Inicialmente, por consenso do CONDISI, ficou organizado que as demandas seriam levantadas pelos presidentes dos Conselhos Locais de Saúde Indígena - CLSI e apresentadas nas reuniões Ordinárias dos Conselhos Locais e do CONDISI. Assim sendo, os presidentes visitaram todas as aldeias e ouviram suas lideranças e a comunidade. Em seguida, com as demandas levantadas, foram expostas nas reuniões dos CLSIs do Polo Base de Baía da Traição (23 participantes), Marcação (27 participantes), Rio Tinto (13 participantes) e Conde (16 participantes). O próximo passo foi formalizar todas as demandas em um único documento. A avaliação das demandas apresentadas em documento, ficou a cargo da equipe técnica do DSEI, que pontuou detalhadamente sobre as necessidades de acordo com os critérios pré-estabelecidos para execução das atividades/ações durante o quadriênio (2024-2027) junto a coordenação distrital.

Posteriormente, todos os dados, demandas e análises técnicas foram consolidados em um único documento: PDSI 2024 – 2027 DSEI Potiguara (1ª versão). Este documento foi validado pelo Núcleo de Análise em Saúde (N1), pelo Núcleo de Planejamento e Gestão do Trabalho (N2) e pelo Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde – CIEVS DSEI Potiguara, com a anuência da chefe imediata da Divisão de Atenção à Saúde Indígena – DIASI e da Coordenação Distrital, e validação do CONDISI.

O documento técnico, contou também com a colaboração dos indígenas locais (ênfatisando a cultura local) e representantes do grupo ANAMA (FAMILIA), dando subsídio ao fortalecimento da valorização cultural dos povos Potiguara e Tabajara.

### 3. CARACTERIZAÇÃO GERAL DO DSEI

A atuação do DSEI Potiguara, está diretamente ligada a saúde dos povos indígenas Potiguaras e Tabajaras, que tem sua população total estimada em cerca de 17.557 indígenas cadastrados no SIASI (SIASI local, dados extraídos em 16/10/2023, sujeitos a alterações) e estão subdivididos nas regiões que abrangem o litoral norte e litoral sul da Paraíba. O quadro 1, destaca a caracterização do DSEI, a seguir:

Quadro 1 - Caracterização geral do DSEI

Caracterização	Descrição
Extensão Territorial	26.003 hec
Município sede do DSEI	João Pessoa
Endereço	Avenida Presidente Epitácio Pessoa, 2953 Bairro dos Estados, CEP: 58030-002
E-mail	<a href="mailto:dsei.potiguara@saude.gov.br">dsei.potiguara@saude.gov.br</a>
Município com população indígena em sua jurisdição	Baía da Traição, Marcação, Rio Tinto e Conde
Total da População Indígena	17.557
Nome das Etnias existentes	Potiguara e Tabajara
Nº de Polos Base	3
Nº de UBSI	22
Nº e nome das Terras Indígenas	(3) Terra Indígena Potiguara – Homologada, TI Jacaré de São Domingos – Homologada e TI Potiguara de Mont-Mor - Declarada
Nº de Aldeias	35
Nº de Famílias	6.691
Meios de transporte utilizados, se possível incluir a proporção	Terrestre

Fonte: Painel SIASI, 2023.

#### 3.1 História da população Indígena – Contexto Geral

No início do século XV, foram feitos os primeiros registros que se têm conhecimento sobre povos existentes em terras brasileiras; historiadores, pesquisadores, antropólogos, e muitos outros estudiosos passaram a transcrever os acontecimentos desse período, dando suas contribuições para escrita da história do Brasil. Como primeiros habitantes, os povos indígenas foram vistos pela Expedição de Pedro Álvares Cabral e, a partir desse “encontro” nada amistoso, principia todo um processo de exploração e tentativa de extermínio dessas populações indígenas.

Nesse território brasileiro os “índios” possuíam culturas, religiosidades, espiritualidades e linguagens, as quais foram apagadas/sufocadas pelos invasores portugueses. Ensejando aculturar, catequizar, impor costumes e aniquilar os

ameríndios; os europeus também desejavam de alguma forma “conquistar” os indígenas, na intenção de que os mesmos pudessem tornar-se seus servos, naquilo que fosse possível explorar, principalmente em trabalhos pesados e lucrativos para os europeus.

Os invasores foram grandes exploradores das riquezas naturais do Brasil. Enfatizando que — “[...] a história indígena – cabe ressaltar – faz parte de uma série de correntes historiográficas inspiradas pela ideia de criar, com base em documentos históricos, uma história dos grupos subalternos ou dos vencidos”. (Marchioro, 2018, p. 29, grifo do autor).

Os povos indígenas, atualmente, se encontram em uma batalha a fim de reaver territórios, direitos sociais e coletivos, a valorização dos seus costumes, tradições, etnia, identidade, espiritualidade/religiosidade, ressignificação e o reavivamento da cultura, além da busca por melhorias de vida. Existem diversas legislações e órgãos que asseguram os direitos indígenas, como a Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973 – dispõe sobre o Estatuto do Índio; a Constituição Federal do Brasil de 1988; a Convenção nº 169 da OIT sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes; a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), criada em 1967, sendo o órgão indigenista oficial do Brasil, responsável por promover e proteger os direitos dessas populações no território nacional, garantidos pela Constituição de 1988; dentre outras. Cabe ressaltar que foram citados aqui, somente alguns direitos gerais do ser indígena<sup>1</sup>.

A Constituição Federal da República de 1988 (CF/88) ampara fundamentalmente nos seus paradigmas de proteção para essas populações indígenas de caráter permanente em todo território brasileiro. Diante disso, constata-se que o capítulo VIII da Carta Magna garante a forma desses direitos nos artigos 231 e 232.

No artigo 231 da Constituição (BRASIL, 1988), “São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições; e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens”. Percebe-se que a União tem poder

---

<sup>1</sup>Ao longo do texto, será possível encontrar vocábulos que trazem a ideia de retorno, os quais estão sendo destacados para enfatizar a presença do Mito do Eterno Retorno de Mircea Eliade (1992), na dança do Toré. Isso indica que esses gestos, ações, palavras repetitivas realizadas hoje pelos indígenas tabajaras, já foram praticados “In illo Tempore”, pelos seus ancestrais/antepassados num tempo mítico muito remoto.

judiciário hierárquico, competindo para a realização de fiscalizar se as medidas, as quais os indígenas têm direitos, estão sendo executadas na legalidade e na concretização das normas protetivas. Porém, como foi relatado em parágrafo supracitado anterior à Constituição de 1988, existiam leis que reconheciam direitos indígenas, sendo tal legislação o Estatuto do Índio, Lei 6.001 de 19 de dezembro de 1973.

Destaca-se no Art. 232 que “Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo”.

### **3.1.1 História da População Indígena na Paraíba**

Antes da colonização portuguesa, a Paraíba foi habitada por várias etnias indígenas. Entre o litoral e a região do Planalto da Borborema, os principais grupos indígenas eram os potiguaras, que habitavam em especial às margens do rio São Domingos, atual Rio Paraíba. Entre as tribos que habitavam desde a região da Borborema até o sertão estão os indígenas cariris e os ariús.

### **3.1.2 Povo Potiguara**

Povo guerreiro, da terra de Acajutibiró, os Potiguaras constituem um grande exemplo de luta entre os povos indígenas no Nordeste brasileiro. Sua história de contato com a sociedade não indígena remonta ao início da colonização. Atualmente, eles buscam preservar a força de sua identidade étnica através do resgate e aprendizado da língua Tupi-Guarani, da prática do complexo ritual do Toré, da troca de presentes nas festas de São Miguel e Nossa Senhora dos Prazeres, da criação de símbolos culturais ligados ao sangue e à terra, e do engajamento na produção cultural e no turismo étnico.

Figura 1 - Demarcação da TI Potyguara na Baía da Traição. Foto: Tiuré, 1981



Fonte: APIB, disponível em <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Potiguara>

Nos documentos históricos e nas descrições quinhentistas e seiscentistas não há consenso em relação à grafia dos Potiguara. Soares de Sousa e Cardim escrevem potiguares, John Hemming, potiguar, Loreto Coelho, potiguaras, Duarte Coelho, pitiguaras, Theodoro Sampaio, petinguará. O curioso é que o significado do nome ora é traduzido por "comedores de camarão", ao utilizar a grafia potiguaras, pitiguaras e potiguar; ora como "mascador de fumo", quando se escreve petinguaras. Estevão Pinto em "Os indígenas do Nordeste" comenta que Antônio Knivet, viajante e cronista inglês, definiu os indígenas petinguará a partir da observação de uma prática cotidiana na qual eles portavam uma folha de fumo entre o lábio e os dentes; do furo existente no lábio descia a saliva, daí a denominação "mascador de fumo". Independente dessas variações, o grupo se autodenomina potiguara, remetendo ao significado de "comedores de camarão" e indígenas de Acajutibiró e de São Miguel.

Os Potiguaras fazem parte dos povos da família linguística Tupi-Guarani, mas hoje falam somente o português, como ocorre entre a grande maioria dos grupos indígenas da região Nordeste, com exceção dos Fulni-ô de Pernambuco.

Os Potiguaras tinham em 2004 uma população estimada em 10.837 habitantes (Funasa), distribuída em 32 aldeias nos municípios de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto e nas áreas urbanas de Baía da Traição (1.058 pessoas) e de Marcação (648). As aldeias constituíam três Terras Indígenas (TI) contíguas: Potiguara, Jacaré de São Domingos e Potiguara Mont-Mor. Em 2005, iniciou-se o processo de identificação de outra terra denominada Mundo Novo/Viração.

A formação dos três municípios paraibanos onde os Potiguaras se localizam - Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto - guarda uma estreita relação com a constituição dos aldeamentos missionários de São Miguel de Baía da Traição e Mont-Mor, sendo este último originado da destruição do aldeamento de Mamanguape. O grupo passou a constituir as aldeias de Baía da Traição e da Preguiça no município de Mamanguape, assistidos pelos missionários do Carmo da Reforma.

Assim, a localização dos Potiguara nas faixas de terras acima mencionadas guarda uma estreita relação com os processos históricos dos séculos XVIII e XIX, os quais marcaram a conquista definitiva do território potiguara pelos portugueses. Na segunda metade do século XVIII, a situação das aldeias missionárias será modificada pelo diretório pombalino que determina a expulsão das ordens missionárias e a elevação das aldeias à categoria de vilas de indígenas. O aldeamento de São Miguel de Baía da Traição passou a ser chamado de Vila de São Miguel da Baía da Traição e o aldeamento de Preguiça, Vila Nossa Senhora dos Prazeres de Mont-Mor.

Em 1865, foi enviado à Paraíba o engenheiro Gonçalves Justa Araújo para proceder à demarcação das terras dos Potiguara. Tal demarcação tomaria por base os marcos de pedra estabelecidos na época da doação de terras por D. Pedro II. A demarcação da terra começou pelo aldeamento de Mont-Mor. A terra foi dividida em lotes individuais, doados às famílias que ali residiam, não considerando os critérios culturais de posse coletiva e contribuindo decisivamente para a desagregação do grupo. Isto aconteceu devido principalmente ao fato de que grande parte dos títulos foi perdida com o tempo, e gradualmente passou para domínio de terceiros. Muitos títulos foram parar na mão do grupo Lundgren, proprietário da Companhia de Tecidos Rio Tinto, filial da Companhia de Tecidos Paulista do Estado de Pernambuco, conhecido nacionalmente pela rede de lojas "Casas Pernambucanas", dificultando ainda mais a efetivação da posse da terra pelos indígenas. Não houve, porém, o loteamento das terras da antiga sesmaria de Baía da Traição, por razões que a própria historiografia desconhece.

Ao lado do "esquecimento" ou da "ausência" de registros históricos sobre os Potiguara e seu aparecimento causal no século XIX, assistimos, no início do século XX, o reforço das investidas dos Governos estaduais para deslegitimar os aldeamentos na sua jurisdição.

Em 1919, o governo da Paraíba colocou à venda as terras dos indígenas Potiguara, utilizando-se do dispositivo legal da Lei de Terras de 1850 e do disposto sobre os aldeamentos que mandava “incorporar aos Próprios Nacionais as terras dos indígenas, que já não vivem aldeados, mas sim confundidos com a massa de população civilizada” (Dantas; Sampaio; Carvalho, 1992 p. 452).

Figura 2 - Menina Potiguara em frente ao Posto Indígena Potiguara, na Baía da Traição.



Fonte: Acervo do Jornal do Brasil, década de 80.

Em um manifesto dos indígenas Potiguara no ano de 1984, publicado nos Cadernos Paraibanos de Antropologia (número 2 de 1986, p.74), e segundo os relatos de alguns indígenas, a venda das terras não se concretizou graças à intervenção de José Campêlo Galvão. Tal intervenção não só impediu a venda das terras indígenas como tornou visível ao órgão tutor (o então Serviço de Proteção ao Índio - SPI) a existência de povos indígenas na Paraíba.

Entretanto, há uma certa contradição na afirmação nativa, naquilo que escreve Amorim (1970, p. 41); segundo ele, “um certo Campelo, homem de grande prestígio político, residente em Mamanguape, pressionava os indígenas providenciando sua

prisão, negociando em seguida a liberdade em troca do título da terra”. Azevedo (1986, p. 236), citando também esse trecho, afirma que Campêlo teria se “apropriado” de 30 títulos, sendo vendidos posteriormente aos Lundgren. A própria companhia também usava de tal artifício para conseguir os títulos de terras dos indígenas.

### **3.1.3 Povo Tabajara**

Os Tabajaras, de acordo com Barcellos e Farias (2015), originam-se da língua Tupi, denominando-se na sua etimologia indígena *taba* = aldeia + *jara* = de yara o que significa Senhores da Aldeia. Desde o final do século XIX, até o início do século XXI, esse povo sabiamente preservou seus costumes, tradições e ancestralidade.

Nas informações registradas por Mura, Palitot e Marques, (2015, p.19), esses originários puderam ser “batizados” com vocábulos diferenciados:

[...] que ao longo dos séculos essa população de nativos recebeu diversas outras denominações: potiguaras, brasileiros, índios de língua geral, caboclos de língua geral, índios da Jacoca, índios do Conde. Denominações que especificavam a sua condição de população indígena aldeada, aliada da colonização e objeto de diversas políticas de observação e controle (econômico, missionário e militar) (Mura; Palitot; Marques; 2015, p.19).

Nos tempos hodiernos os Tabajaras estão lutando pela reafirmação étnica e pela demarcação do seu território, “terra” um dos elementos da natureza sagrado para o povo indígena, repleto de ancestralidades e imaginários nas suas subjetividades. “Diante de mais de um século silenciado, [...], este povo, que foi dado como extinto, reaparece para retomar suas terras e reafirmar sua cultura, [...], tendo a dança como um importante símbolo de afirmação étnica”. (Resende, 2018, p. 1, grifo nosso). Segundo Barcellos e Farias *et al.*, (2014, p. 29):

Diante desse contexto, o surgimento da etnia Tabajara paraibana acontece num momento muito singular, quando o jovem Ednaldo dos Santos da Silva, hoje cacique geral do povo Tabajara, volta a ouvir, de seu tio-avô João Gringo, todas as histórias sobre a opressão e expropriação sofrida pelos seus parentes por parte dos Lundgrens, no Sítio dos Cabocos.

Estes povos tiveram que viver um processo de silenciamento e invisibilidade durante o século XX, impedidos de revelar a própria etnia para que não fossem

dizimados pelos não indígenas (latifundiários, empresários, fazendeiros, donatários) e vivessem no seu habitat natural, de constante preservação ambiental.

Esse processo histórico durou cerca de 150 anos. Muitos anciãos Tabajara recordam, nos seus imaginários, essas reminiscências; gerando reavivamento de tradição e herança cultural para os descendentes, partindo de uma compreensão do passado, percebe-se que:

[...] os Tabajara chegaram a Paraíba em fevereiro de 1585. Antes desta data, o povo Tabajara habitava as margens do Rio São Francisco, donde migrou, após desentendimentos com os portugueses, os Tabajara chegaram ao curso do Rio Paraíba, descendo até sua jusante e se estabelecendo nas cercanias da atual cidade de João Pessoa/PB, no atual Bairro da Ilha do Bispo. Ao chegarem à Capitania da Paraíba [para os portugueses] ou em Pindorama [para os nativos] os Tabajaras se viram em um grande dilema diplomático: ou se aliar incondicionalmente aos portugueses, ou continuar migrando, tendo em vista que os Potiguaras, por divergência étnica, provavelmente os exterminariam ou os expulsariam do território. (Andrade *et al.*, 2012, p. 2).

Sobre a territorialidade das populações indígenas Tabajaras, o primeiro reconhecimento de terra foi no século XVIII em meados de 1700, onde o rei de Portugal reconheceu aos povos Tabajaras o direito a duas sesmarias.

Nos séculos XVII a XIX, as concessões vão para os aldeamentos missionários, [...]. No litoral sul paraibano, na região de Conde e Alhandra, essa questão vai tomando outro contexto com a demarcação dos lotes feita no território da sesmaria da Jacoca que vai afirmar as relações de patronagem e moradia, como meios de organização econômica, política e social daquela época. Os aldeamentos missionários vão ser instrumentos regularizadores do domínio dos territórios e das populações indígenas. (Barcellos; Farias, 2015, p. 83-84).

No Conde-PB, os lotes ocupados pelos indígenas não foram legalmente registrados em cartório, pois não tinham essa prática, seu cotidiano era viver em coletividade. Então, esses lotes passaram a ser grilados, usurpados até no final do século passado. Tal história foi trazida do imaginário dos anciãos. O silêncio que tanto se fala dos 150 anos, talvez tenha acontecido com maior combate do que se imagina, porque desde meados de 1700 os aldeamentos do Brasil foram extintos. Com a

criação do SPI – Serviço de Proteção ao Índio em 1910, os indígenas começaram as ações de mobilização pelo Brasil.

Os aldeamentos dirigidos pelos missionários católicos objetivavam a conversão de almas nativas e a exploração econômica dos territórios indígenas, chegando à consecução de seu objetivo final, que consistia em fixar os indígenas em um determinado território (aldeamento), onde poderiam viver e produzir sua subsistência, franqueando à sociedade colonial o acesso às terras antes ocupadas pelos nativos. Nesse contexto, girou a política colonial em torno dos indígenas, usando a cruz (os religiosos), espada (os soldados) e a foice (os colonos) em prol de consolidar a conquista territorial (Barcellos; Farias, 2015, p. 78).

Muitos anos posteriores, nesse caso em 2006, um ressurgimento passa a ser processado e principiado na etnia Tabajara da Paraíba. Nesse seguimento, ou seja, continuidade, a etnogenia trabalha como fator recriador de uma profecia conservada e propagada para as próximas gerações.

Desde 2006, o atual Cacique Ednaldo Tabajara juntamente com o Cacique Carlinhos Tabajara e Paulo dos Santos Maciel (conselheiro), buscaram juntar as famílias que um dia haviam sido expulsas de suas terras. Começava então uma batalha pelo processo de reconhecimento étnico, perante os órgãos oficiais responsáveis por assuntos indígenas (Resende, 2018, p. 6).

A etnia Tabajara possui uma história de sucessivas migrações, devido a constantes conflitos de terras desde o período colonial. Na época da fundação da Paraíba, a etnia Tabajara era formada por aproximadamente 6 mil indígenas e ocupavam o litoral do Estado, onde fundaram as aldeias de Alhandra e Taquara. A partir do final do século XIX, segundo Barcellos e Farias (2015), foram considerados extintos. Conforme os autores, atualmente essa etnia vem ressignificando a própria história, procurando por seu povo, suas terras e costumes; por encontros onde tentam reunir e sensibilizar os indígenas da relevância e da complexidade desse processo de valorização e recuperação sociocultural.

Em 2006, foram realizados estudos técnicos no qual foram contados cerca de 1000 indígenas Tabajaras espalhados pela periferia da Grande João Pessoa e Litoral Sul. Em 2008, ocorreu a Mobilização do povo Tabajara, que começava a se organizar para reconstruir sua identidade, sendo que em 2009, houve a aprovação do Grupo de

Estudos (GT) pela FUNAI, para pesquisar aspectos socioeconômicos, culturais e Geo-Históricos, re-elaboração.

Atualmente, o povo Tabajara tem uma população de, aproximadamente, 130\* indígenas que vivem na sua grande maioria em comunidades no Conde – situadas no litoral sul (aldeias Vitória e Barra de Gramame).

### **3.1.4 O Toré**

O ritual sagrado do Toré é uma dança típica presente nas culturas indígenas brasileiras, que busca ressignificação desse seguimento étnico. De acordo com Barcellos e Farias *et al.*, (2014, p. 33-34), o Toré pode ser uma dança, uma brincadeira, expressão simbólica, mas, sobretudo, um ritual religioso e cultural. O ritual é um momento que envolve mística e espiritualidade, onde os indígenas entram em sintonia com seus ancestrais, os espíritos de luz e os encantados, buscando energia, força, proteção para solucionar seus problemas, para agradecer por suas vitórias, para expressar suas alegrias ou suas tristezas.

Nessa dança, muitas comunidades indígenas desenvolvem sua mística como parte de revitalização, reconhecimento, respeito, luta, resistência, motivação, cultura, costumes, tradições, identidade étnica; assinalando dessa forma o pertencimento ao grupo social indígena.

Busca-se refletir sobre a força que a mística tem em movimentos de luta e resistência, seja no momento da dança do Toré ou em outras circunstâncias de expressões disseminadoras da cultura indígena. Inclusive, o Toré pode ser compreendido como uma profundidade que harmoniza, integra e, é fortemente identitário, transmitido nas suas ações pedagógicas cotidianas.

Tal mística compõe o fortalecimento da identidade de homens, mulheres e crianças que se inserem no processo educacional de tais comunidades, e ainda possui interfaces no imaginário e no simbólico, sendo a mística o que eles fazem com os símbolos/objetos e o imaginário se substantificar a partir da significação desses símbolos. Reconhecer o Toré como ato educacional, espiritual e cultural é valorizar a história dos povos indígenas e refletir a respeito das circunstâncias que provocam a diversidade socioeconômica.

[...] é impossível pensar que possam existir relações sociais nem tampouco instituições políticas, destituídas de sua dimensão simbólica, sem que os homens se vejam nessas relações, sem a imagem que têm de si próprios e dos outros. As relações sociais não se reduzem, pois, a seus componentes físicos e materiais. As crenças, os mitos, os tabus se concretizam em práticas sociais coletivas, expressão de aspirações, de desejos, de motivações dos integrantes do grupo. (Eizirik; Ferreira, p. 8, 1994).

Para os indígenas Potiguara e Tabajara, o ritual do Toré é vivenciado em coletivo, reunindo desde os Curumins (crianças) ao Cacique Geral, Caciques, Pajés, Troncos Velhos e demais indígenas é expressão da cultura, do sagrado, numa prática milenar, capaz de trazer benefícios por renovar as energias, gerar ânimo para enfrentar os desafios, fortalecer laços de amizade, livrar-se de problemas, e muitos manifestam que se aproximam dos espíritos dos seus ancestrais.

Ritual sagrado marcado pela musicalidade, que une toda a comunidade Potiguara e Parentes, em dança circular, harmoniosa, onde de forma sincronizada, seus corpos bailam trajados com adornos, colares, cocas, saias de jangada, brincos e além de pintados com jenipapo e urucum. Tocam pífanos, tambores e maracas. Fumando cachimbos e tomando o líquido precioso da jurema.

A sintonia desses elementos promove a singularidade da ritualística que envolve cada indígena Potiguara e Tabajara. Com os pés na mãe terra, lançam em coro seus cantos, buscando proteção e agradecendo aos "espíritos de luz", aos ancestrais e, especialmente, a Tupã.

As raízes da resistência, que vieram do passado, se fazem presentes na personalidade coletiva de sua população, orgulhosa de ser a única etnia no mundo a entrar em confronto com potências colonizadoras e se manter no lugar de origem.

Atualmente, a reserva dos Potiguaras fica distribuída em três áreas contíguas, nos municípios de Baía da Traição, Rio Tinto e Marcação.

Os Potiguaras (termo tupi que significa comedores de camarão) fazem parte da família linguística Tupi. Estima-se que sua população chegava a cem mil pessoas, até a aparição dos portugueses, em 1500.

Hoje, procuram manter o vigor de sua identidade étnica por meio do reaprendizado da língua Tupi, do complexo ritual do Toré, da circulação de dádivas nas festas de São Miguel e de Nossa Senhora dos Prazeres e na produção cultural, na prática do turismo ecológico.

Grande parte das aldeias Potiguara está localizada próxima aos rios, riachos ou córregos, possibilitando o desenvolvimento de uma economia doméstica baseada na lavoura, na pesca, na coleta de crustáceos e moluscos, na criação de animais em pequena escala e no extrativismo vegetal.

Na alimentação Potiguara existe um grande consumo de farinha, beiju, bolo, pé-de-moleque, peixes frescos. Além disso, e se tratando de uma etnia que tem contato com não indígenas desde o ano 1501, ocorre também o consumo de alimentos industrializados, com grande teor de gordura e sódio. Em decorrência dessa alteração de consumo alimentar ocorre uma grande incidência de DCNT, como obesidade, diabetes, entre outros.

Os conhecimentos e práticas tradicionais desse povo são bem evidenciados com os consumos de chás naturais, rezas praticadas por benzedadeiras para cura de males espirituais e pajelanças e o partejar.

### **3.2 Dados Geográficos**

O DSEI Potiguara abrange 04 municípios, localizados no Estado da Paraíba – PB e tem uma extensão territorial de 26.003 hec – homologados (TI Jacaré de São Domingos, São Miguel), com 14.500 hec de terra aguardando homologação (TI Montmor, Itaepe e Tabajara). A sede do DSEI fica localizada em João Pessoa – Capital Paraibana.

A Paraíba é uma das 27 unidades federativas do Brasil, localizada a leste da Região Nordeste. Seu território é dividido em 223 municípios e apresenta uma área de 56 467,242 km<sup>2</sup>. Banhada a leste pelo Oceano Atlântico, limita-se a norte com o Rio Grande do Norte, a sul com Pernambuco e a oeste com o Ceará. Segundo o censo brasileiro de 2022, a população do estado da Paraíba era de 3.974,495 habitantes, sendo a décima terceira unidade da federação mais populosa do país, concentrando cerca de 2% da população brasileira e apresentando uma densidade demográfica de 70,39 habitantes por quilômetro quadrado. A capital e município mais populoso é João Pessoa, onde fica a Ponta do Seixas, o ponto extremo leste das Américas. De acordo com o censo IBGE, 2022, a Paraíba tem cerca de 30.140 pessoas que são indígenas, correspondendo a 0,76% da população total residente no estado.

O Índice de Desenvolvimento Humano do estado da Paraíba é 0,722, considerado médio conforme dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Segundo o último relatório, divulgado em 2019 com dados relativos a 2017, o seu valor era de 0,722, estando na 20ª colocação ao nível nacional e em quarto ao nível regional. Considerando-se o índice da educação, seu valor é de 0,555 (24º), o índice de longevidade é de 0,783<sup>2</sup> (22º) e o de renda é 0,656 (22º). A incidência de pobreza, em 2003, era de 57,48% (sendo 61,75% o índice de pobreza subjetiva) e o índice de Gini no mesmo ano era 0,46<sup>3</sup> Em 2009, a taxa de fecundidade era de 2,25 filhos por mulher, a décima maior do Brasil\*.

Os Polos Bases ficam localizados em regiões estratégicas nos municípios: Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto – litoral norte, este por sua vez, é corresponsável pela assistência prestada ao povo tabajara que tem suas aldeias no litoral sul paraibano, nas proximidades com o município do Conde.

De acordo com o último censo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) 2022, Marcação e Baía da Traição têm o maior percentual de moradores indígenas fora do Norte do Brasil e estão na 6ª e 7ª colocação, respectivamente, entre as cidades com mais pessoas indígenas residentes no país.

Segundo o levantamento do instituto, a cidade de Marcação, que tem 8.999 habitantes, tem uma população indígena de cerca de 88,08%, na casa de 7.926 pessoas indígenas, o que a coloca na sexta posição no ranking de cidades brasileiras com maior percentual de pessoas indígenas residentes no Brasil.

Em relação à Baía de Traição, que tem 9.224 habitantes, cerca de 86,64% da população é composta por indígenas, na casa de 7.992, que coloca a cidade do Litoral Norte do estado na sétima posição de cidades brasileiras com o maior percentual de pessoas indígenas residentes no país.

Também conforme os dados divulgados pelo IBGE, somente a Paraíba tem cerca de 30.140 pessoas que são indígenas, correspondendo a 0,76% da população total residente no estado.

### **3.3 Mapa**

Atualmente, três Polos Bases são corresponsáveis pela organização administrativa/assistencialista no território sob jurisdição do DSEI Potiguara. Os Polos



Quadro 2 - Características específicas da região do DSEI Potiguara

Caracterização	Descrição
Bioma	Mata Atlântica
Áreas de Desmatamento	Mata Atlântica
Barreiras Geográficas	Sim
Qualidade da água para consumo	Água potável
Área com uso de agrotóxicos	Sim

Fonte: SESANI DSEI Potiguara, 2023.

#### 4.1 Dados Demográficos

O quadro 3, apresenta o quantitativo populacional de cada Polo Base suas respectivas porcentagens – proporção. Os dados são de acordo com Painel SIASI.

Quadro 3 - Demonstrativo da população por Polo Base

Polo Base	População	%
Marcação	6.933	39,5
Baía da Traição	5.997	34,2
Rio Tinto	4.626	26,3
<b>Total</b>	<b>17.557</b>	<b>100</b>

Fonte: Painel SIASI local, 2023.

De acordo com os dados acima, o maior quantitativo populacional está localizado no Polo Base Marcação e o Polo Base com menor quantitativo populacional, é Rio Tinto. Em geral, a população dos três Polos Bases, são, em sua maioria, jovens adultos, como demonstra o quadro 4, a seguir, contendo o perfil sociodemográfico da população adscrita.

Quadro 4 - Perfil sociodemográfico, étnico-cultural e linguística dos povos indígenas por polo base.

Polo Base	Municípios	Nº Aldeias	Povo Etnia	População												Pop.	Língua Indígena	% da comunicação em português
				Masculino						Feminino								
				<1	1-4	5-9	10-49	50-59	>=60	< 1	1-4	5-9	10-49	50-59	>=60			
Baía Traição	Baía da Traição	13	Potiguara	54	251	303	1.873	238	228	44	247	281	1.964	238	277	5.998	Tupi	100%
Marcação	Marcação	15	Potiguara	56	314	355	2.165	293	326	70	277	341	2.159	275	299	6.930	Tupi	100%
Rio Tinto	Rio Tinto	5	Potiguara	50	198	202	1.332	202	208	43	170	214	1.460	174	250	4.503	Tupi	100%
Rio Tinto	Conde	2	Tabajara	2	6	7	33	6	9	1	8	8	40	3	9	132	Tupi	100%

Fonte: Painel SIASI, 2023.

## 4.2 Determinantes Sociais

O cuidado integral em saúde envolve entender os determinantes sociais que moldam as condições de vida da população assistida. Fatores como raça, classe social, gênero, renda, escolaridade e acesso a políticas de seguridade social são essenciais para compreender as necessidades de saúde e planejar as intervenções necessárias.

No que diz respeito à identificação dos principais determinantes sociais da saúde das populações Potiguara e Tabajara ainda precisamos avançar em alguns aspectos, a saber: escolaridade, função social e perfil de recebimento de benefícios sociais. O cuidado integral em saúde envolve entender os determinantes sociais que moldam as condições de vida da população assistida. Fatores como raça, classe social, gênero, renda, escolaridade e acesso a políticas de seguridade social são essenciais para compreender as necessidades de saúde e planejar as intervenções necessárias.

Em relação a esses determinantes, segue análise do DSEI Potiguara, a seguir, com dados parciais obtidos pelo painel SIASI local;

Quadro 5 - Função social dos indígenas da abrangência do DSEI

Setor de Atividades	%
Professor	0,11
AIS	0,29
AISAN	0,25
Parteira	0,01

Fonte: SIASI, 2023.

Quadro 6 - Perfil do recebimento de benefício sociais dos indígenas de abrangência do DSEI

Programa Social	%
Bolsa Família	0,03
Cesta Alimento - Outros Benefícios	6,89

Fonte: SIASI, 2023.

### 4.3 Caracterização da infraestrutura domiciliar por polo base

Quadro 7 - Característica dos domicílios no DSEI por Polo base (Percentual).

Polo Base	Infraestrutura domiciliar	Geração de energia	Segurança
Baía da Traição	85 % alvenaria	100% Rede geral	-
Marcação	85% alvenaria	100% Rede geral	-
Rio Tinto	95% alvenaria	100% Rede geral	Posto policial

Fonte: SESANI DSEI Potiguara, 2023.

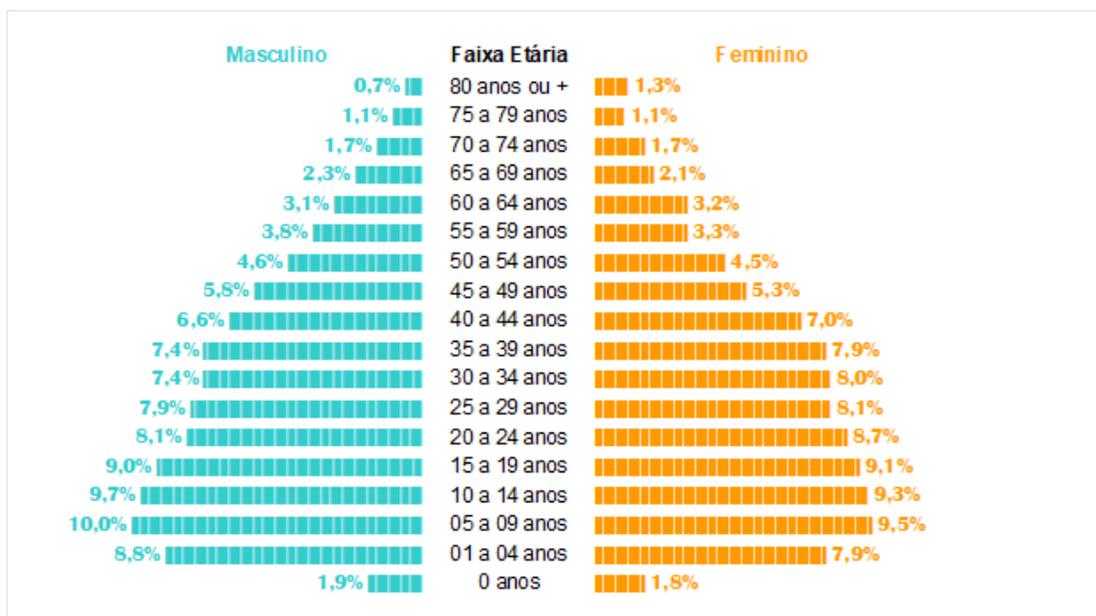
### 4.4 Perfil epidemiológico

Para uma análise segura do perfil epidemiológico, utilizaremos alguns indicadores de saúde, a saber: taxa de natalidade, taxa de mortalidade, prevalência/incidência de morbidades, entre outros.

Os indicadores de saúde são medidas sumarizadas que informam sobre saúde da população, as exposições a que está sujeita, assim como o desempenho dos serviços de saúde. Com o seu uso, consegue-se descrever as condições de saúde da população ao longo do tempo, identificar os fatores que podem levar ou impedir a ocorrência do desfecho, chamados, respectivamente, de fatores de risco ou de proteção; planejar as ações de saúde e avaliar o resultado daquilo que foi realizado.

#### 4.4.1 População Indígena – DSEI Potiguara

**Gráfico 1 - Distribuição da população assistida pelo DSEI Potiguara, por sexo, segundo os grupos de idade**



Fonte: Painel SIASI 2023.

A pirâmide etária, representada na forma gráfica acima, demonstra o processo de evolução da população, o que nos permite avaliar o cenário local da população assistida pelo DSEI Potiguara, de acordo com as duas variáveis apresentadas: sexo e idade. Gráficamente, a pirâmide etária apresenta uma forma adulta, com uma base e topo mais estreitos e um corpo mais largo, refletindo um perfil populacional em transição demográfica. Isso demonstra uma redução na taxa de natalidade, que está diretamente associada a um aumento na expectativa de vida. No entanto, observa-se também um rápido envelhecimento e uma alta proporção de adultos na população local. Essa formatação é visualizada em populações emergentes ou que estão em processo de desenvolvimento.

Conforme apresentado no gráfico 1 (N=17.557), observa-se uma predominância de indivíduos jovens na população indígena, especificamente na faixa etária de 5 a 19 anos (N=6.446), com diferenças mínimas entre os gêneros. Por outro lado, na faixa etária de 20 a 59 anos (N=9.185), nota-se uma maior representatividade de indivíduos do sexo feminino (n=4.676).

No quadro 8, serão tratados os dados relacionados a taxa de natalidade do DSEI Potiguara. Sabe-se que “a taxa de natalidade representa o número de crianças nascidas vivas no período de um ano. Exclui-se desse cálculo o número de crianças nascidas mortas ou que morreram logo após o nascimento. Esse indicador representa a relação entre o número de nascimentos e de habitantes de um determinado local”.

O DSEI Potiguara apresenta sua série histórica - indicador taxa de natalidade no quadro 8 – e, de acordo com os dados apresentados, percebe-se que o ano de 2021 apresentou uma taxa de natalidade diferente dos anos 2020 e 2022 (N=432). Porém, no ano de 2022 houve uma redução dessa taxa (N=372), o que reflete no gráfico 1 (pirâmide etária). O ano de 2020 registrou uma taxa de 21% com cerca de N = 392 nascidos vivos. Usando o indicador nº de nascidos vivos no ano de 2022, acredita-se que nasceram 31 crianças a cada mês. Porém, este dado aparece negativamente se analisarmos o período de 01 de janeiro de 2023 a 24 de outubro de 2023, onde foram registrados apenas 239 nascimentos (com uma média de 24 nascimentos, mensal). Esses dados, vão ao encontro com o aumento da taxa de mortalidade infantil que será apresentado no mais a seguir por, causas de mortalidade de crianças indígena < 1 ano no DSEI e taxa de mortalidade infantil por ano, 2020 a 2022.

Quadro 8 - Taxa de natalidade do DSEI por ano, 2020 a 2022.

Taxa de Natalidade	2020	2021	2022
Taxa de Natalidade no DSEI	21	23	21

Fonte: Painel SIASI, 2023.

#### 4.5 Principais Morbidades – Incidência e Prevalência - DSEI Potiguara

A seguir, serão detalhadas as principais morbidades (incidência/prevalência) que acometeram os indígenas (potiguaras e tabajaras) e as principais causas de mortalidade, utilizando como referência uma série histórica dos anos de 2020 a 2022 e a parcial dos casos do ano de 2023 (quadro 9).

- a **incidência** diz respeito à frequência com que surgem novos casos de uma doença num intervalo de tempo, como se fosse um “filme” sobre a ocorrência da doença, no qual cada quadro pode conter um novo caso ou novos casos (PEREIRA, 1995). É, assim, uma medida dinâmica.

- já a **prevalência** se refere ao número de casos existentes de uma doença em um dado momento; é uma “fotografia” sobre a sua ocorrência, sendo assim uma medida estática. Os casos existentes são daqueles que adoeceram em algum momento do passado, somados aos casos novos dos que continuam vivos e doentes (Medronho, 2005; Pereira, 1995).

Quadro 9 - Taxa de incidência/prevalência das principais morbidades que acometeram os povos indígenas do DSEI, 2020 a 2023.

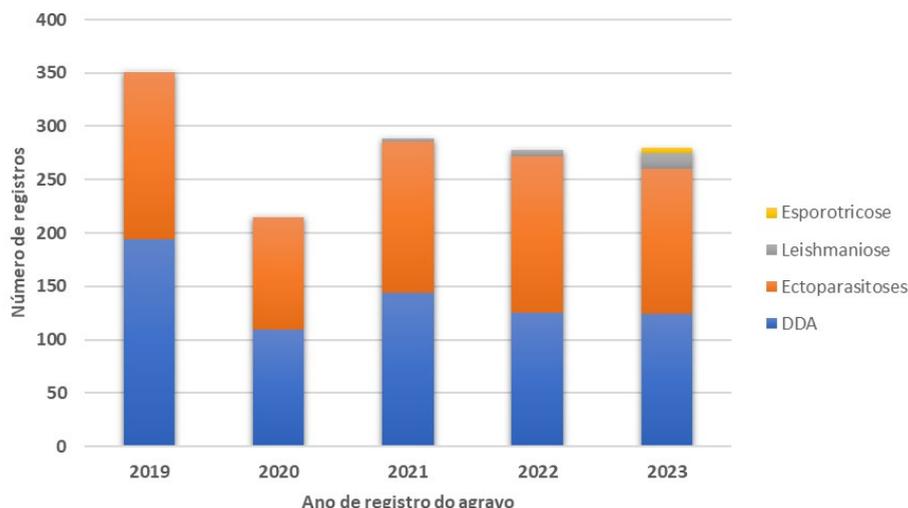
Morbidade	Taxa de Incidência/Prevalência			
	2020 (N = 18.815)	2021 (N=18.503)	2022 (N = 18.062)	2023 (N = 7.630)
Tuberculose – TB (prevalência)	26,5	37,8	44,2	ref. 2022
Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS (prevalência)	18,1	13,5	10,1	5,2
Diabetes Mellitus – DM (prevalência)	4,8	3,9	3,1	2,1
Doença Diarreica Aguda – DDA (incidência)	547,4	605,3	586,8	703,3
COVID-19 (incidência)	3,5	1,5	2,5	119,1

**Fonte:** Painel SIASI local, 2023.

O quadro 9 demonstra os dados relacionando a prevalência de: Tuberculose, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus e a incidência das Doenças Diarreicas Agudas e da COVID-19, utilizando a constante de 100.000 hab. na base de cálculos. Dentre os agravos supracitados, a tuberculose apresenta a maior taxa de prevalência. Já em relação aos dados de incidência, as doenças diarreicas agudas destacam-se pelo maior número de registros.

## 4.6 Principais agravos – Notificações Compulsórias

**Gráfico 2 - Série Histórica dos principais agravos no DSEI Potiguara, no período de janeiro de 2019 a novembro de 2023**

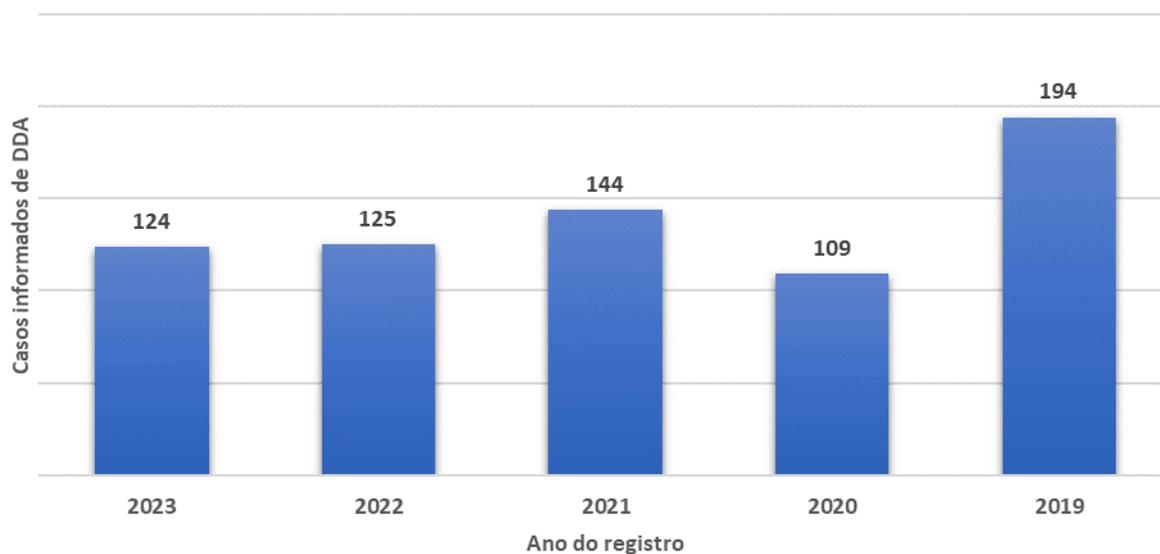


**Fonte:** Painel SIASI local, 2023.

Entre o período analisado, o gráfico 2 destaca as doenças diarreicas agudas sendo responsáveis pelo maior número de registros dentro o período estimado. A predominância dos casos é no polo base Baía da Traição, seguido do polo base de Marcação e por fim, o polo base Rio Tinto, apresenta o menor número do agravo.

### 4.6.1 Doença Diarreica Aguda (DDA)

Ao todo, foram informados 696 casos de DDA's, durante o período analisado, sendo o PB Marcação, responsável pelo maior número de registros de 2019 até 2022. Já no ano de 2023, o polo base que mais informou casos de DDA's foi PB Baía da Traição. Os casos no PB Rio Tinto, seguem com baixas evidências de registros, nunca ultrapassando o total de 45 casos por ano.

**Gráfico 3 - Número total de casos das DDAs por ano de registro.**

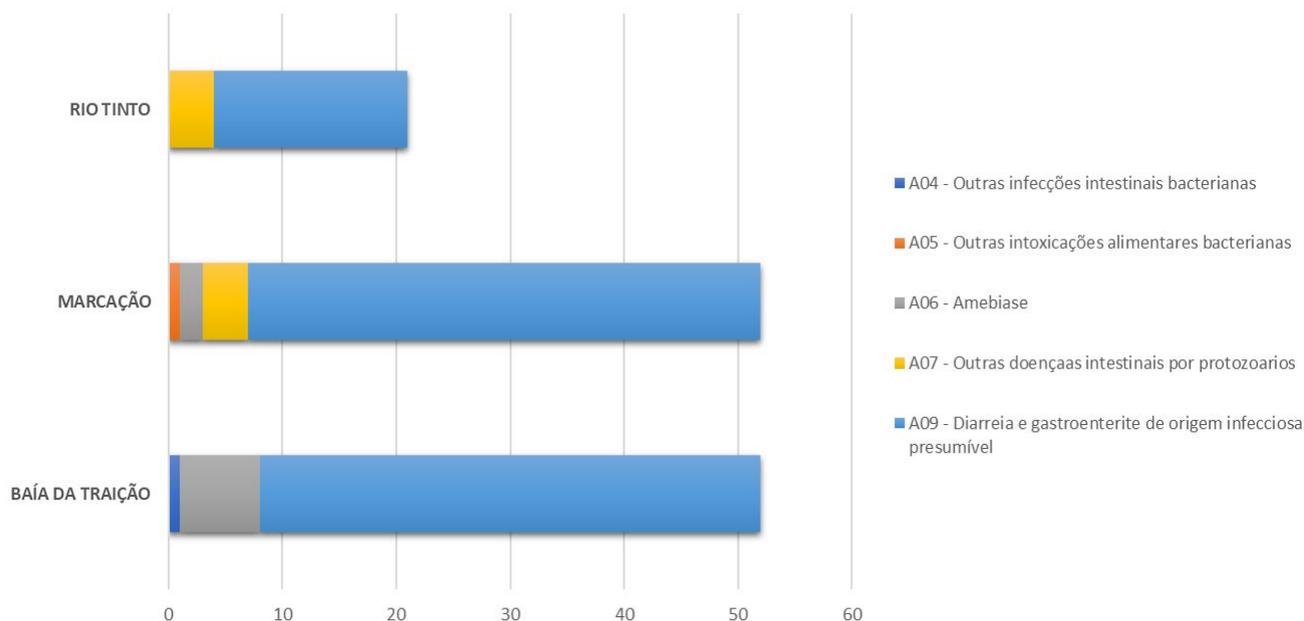
**Fonte:** Painel SIASI local, 2023.

As DDAs correspondem a um grupo de doenças infecciosas gastrointestinais caracterizadas por uma síndrome, na qual ocorre a diminuição da consistência das fezes, o aumento do número de evacuações (mínimo de 3 episódios em 24 horas) e, em alguns casos, há presença de muco e sangue (disenteria). São autolimitadas, com duração de até 14 dias.

O quadro clínico pode evoluir para desidratação leve à grave. Quando tratadas incorretamente ou não tratadas, podem levar à desidratação grave e ao distúrbio hidroeletrólítico, podendo ocorrer óbito, principalmente quando associadas à desnutrição (Brasil, 2019).

Os agentes etiológicos de origem infecciosa são as bactérias e suas toxinas, vírus, parasitos intestinais oportunistas e toxinas naturais. O reservatório é específico para cada agente etiológico, sendo os principais: humanos, primatas, animais domésticos, aves, bovinos, suínos, roedores e outros. A transmissão se dá principalmente por via fecal-oral, tanto na forma indireta – por água e alimentos – quanto na direta – por contato pessoa a pessoa.

**Gráfico 4 - Estratificação dos casos das doenças diarreicas x polo base x CID informado no DSEI Potiguara, 2023.**



Fonte: Painel SIASI local, 2023.

Durante o período em análise, observou-se que o maior número de registros de DDA, foram informados em indígenas residentes na área de abrangência do PB Baía da Traição (n=52), sendo 27 casos em indígenas do sexo feminino e 25 casos em indígenas do sexo masculino. As faixas etárias mais acometidas foram: 1 a 4 anos (n=14), 5 a 9 anos (n=9), 20 a 39 anos (n=9) e 40 a 59 anos (n=9). No PB Marcação (n=49) a faixa etária mais acometida foi de 1 a 4 anos (n=19), seguida da FE 20 a 39 anos. Dos 49 registros, 31 foram em indígenas do sexo feminino e 18 foram em indígenas do sexo masculino. O PB Rio Tinto, informou 23 casos durante o período em análise, destes: 13 foram em indígenas do sexo feminino e 10 em indígenas do sexo masculino.

A FE mais acometida foi de 20 a 39 anos (n=9) e 5 a 9 anos (n=5). Nos 3 PB, o número de casos em indígenas menores de 1 ano, não ultrapassou a média de 2 casos.

Indivíduos de todas as idades são suscetíveis a desenvolverem DDA infecciosas, no entanto, a gastroenterite, ou seja, a manifestação clínica é mais prevalente em crianças menores de 5 anos, como evidenciado no gráfico 4. Recém-

nascidos normalmente têm infecção mais leve ou assintomática, provavelmente devido à amamentação e aos anticorpos maternos transferidos pela mãe, contudo a imunidade adquirida após a infecção ou a vacinação (contra rotavírus e cólera, por exemplo) não é definitiva.

Crianças, idosos e imunodeprimidos são mais vulneráveis, sendo mais propensos a desenvolverem a desidratação. Em geral, as complicações das DDAs são decorrentes da desidratação e do desequilíbrio hidroeletrolítico. Quando não são tratadas adequada e precocemente, pode ocorrer óbito por choque hipovolêmico e/ou hipopotassemia. Nos casos crônicos ou com episódios repetidos, podem acarretar desnutrição crônica, com retardo do desenvolvimento pondero estatural em crianças.

Além das características individuais dos pacientes, alguns agentes etiológicos patogênicos podem desencadear outras complicações, como o caso das *Escherichia coli* produtoras de toxina Shiga, *Shigella dysenteriae* tipo 1 (Saeed; EL Bushra; Al-Hamdan, 1995), *Campylobacter*, *aeromonas* e enterovírus, que podem causar a síndrome hemolítico-urêmica (SHU).

As intervenções humanas que modificam o meio ambiente, juntamente com a falta ou inadequação do saneamento, podem contribuir para o aumento da incidência de doenças e para a diminuição da expectativa e qualidade de vida da população. Portanto, essas atividades estão diretamente relacionadas ao perfil das Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI) e à Monitorização das Doenças Diarreicas Agudas (MDDA) em comunidades indígenas.

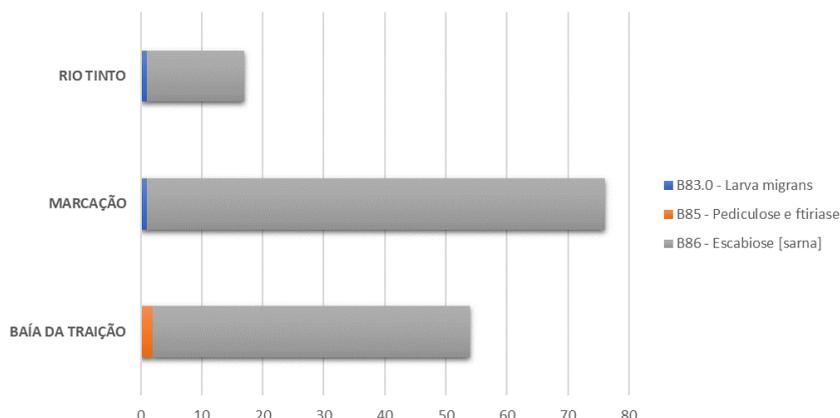
Evidencia-se a associação entre a proliferação de determinadas doenças, a falta de saneamento, incluindo principalmente o abastecimento de água deficiente, o esgotamento sanitário inadequado, a contaminação por resíduos sólidos e as condições precárias de moradia.

#### **4.6.2 Ecotoparasitoses**

As Ectoparasitoses apontam como o segundo agravo mais informado entre os polos, sendo muito comuns em comunidades carentes no Brasil: a pediculose, a escabiose, a tungíase e a larva migrans cutânea (LMC), sendo frequente a presença de infestação severa e consequentes complicações desses casos. Apesar disso, programas de controle para essas doenças são quase inexistentes, e elas estão sendo

negligenciadas tanto pelos profissionais e autoridades de saúde quanto pela população afetada (Heukelbach *et al.*, 2003b). Como consequência, o controle de ectoparasitas em populações carentes tem sido raramente debatido no Brasil e em outros países onde doenças parasitárias são comuns (Heukelbach *et al.*, 2002).

**Gráfico 5 - Estratificados dos casos de Ectoparasitoses x polo base x CID informado no DSEI**



Fonte: Painel SIASI, 2023.

O gráfico 5 demonstra a estratificação dos casos de ectoparasitoses por PB, sendo o PB Marcação responsável pelo maior número de registros (n=80). Os casos afetaram 44 indígenas do sexo feminino e 36 indígenas do sexo masculino. As faixas etárias mais acometidas foram: 20 a 39 anos (n=20), 1 a 4 anos (n=19) e 5 a 9 anos (n=13). No PB Baía da Traição (n=36) houve predominância de casos em indígenas do sexo feminino (n=21) e no sexo masculino foram registrados 15 casos. As crianças que compreendem a FE 1 a 4 anos foram as mais afetadas (n=13) e a os adultos 20 a 39 anos (n=7). Os demais casos, foram subdivididos entre as FE sem maiores comprometimentos. Na região de abrangência do PB Rio Tinto (n=20), 60% dos casos foram em indígenas do sexo feminino e 40% em indígenas do sexo masculino. Houve predominância de casos em crianças que compreendem a FE 1 a 4 anos (n=6), 40 a 59 anos (n=4) e crianças menores de 1 ano (n=3).

De forma geral (N=136), a faixa etária mais acometida foi a 1 a 4 anos, sendo responsável por cerca de 28% dos casos de ectoparasitoses, sendo a escabiose o agravo mais informado (n=31), 6 casos de larva migrans e 1 caso de pediculose. A FE de 20 a 39 anos está em destaque com 22% dos casos informados, sendo: 29 casos

de escabiose e 1 caso de larva migrans. Em indígenas de 5 a 9 anos, foram registrados: 12 casos de escabiose, 2 casos de pediculose e 2 casos de larva migrans. As crianças infestadas (com pediculose/piolho) podem apresentar baixo desempenho escolar por dificuldade de concentração, consequência do prurido contínuo e distúrbios do sono. Crianças com infestação severa também podem desenvolver anemia devido à hematofagia do piolho (Linardi, 2002). Na mesma análise, foram reportados 10 casos de escabiose em indígenas menores de 1 ano.

#### **4.6.3. Pediculose**

A pediculose é causada pela infestação pelo *Pediculus humanus corporis* (piolho do corpo) ou pelo *Pediculus humanus capitis* (piolho do couro cabeludo). O tifo epidêmico (causado por *Rickettsia prowazekii*), a febre das trincheiras (causada por *Bartonella quintana*) e a febre recorrente (causada por *Borrelia recurrentis*) podem ser transmitidos pelo piolho do corpo (Fournier *et al.*, 2002). O piolho do couro cabeludo nunca foi descrito como vetor para essas doenças, entretanto, a transmissão da *Rickettsia prowazekii* por esse ectoparasita foi demonstrada em laboratório. É possível que o *P. humanus capitis* seja agente transmissor da rickettsiose em epidemias que foram principalmente causadas pelo *P. humanus corporis* (Robinson *et al.*, 2003).

O piolho do couro cabeludo comumente causa infecções secundárias e considerado uma das causas principais de impetigo nas populações de países em desenvolvimento (Burgess, 1995).

Taxas de prevalência do piolho de couro cabeludo podem chegar a 40% em comunidades carentes no Brasil, sendo que crianças apresentam taxas mais altas (Wilcke *et al.*, 2002a). A principal via de transmissão ocorre de cabeça a cabeça, sendo necessário um contato repetido e prolongado para atingir taxas de transmissão significantes (Canyon *et al.*, 2002). A transmissão por meio de fômites é bastante discutível. Alguns autores consideram que essa via de transmissão desempenha papel significativo (Burkhart, 2003), porém, a sua importância em saúde pública ainda não está definida. Foi demonstrado que a transmissão em escolas não ocorre livremente de uma criança para outra, mas entre os amigos mais próximos (Burgess, 1995).

#### 4.6.4. Ftíriase

A ftíriase ("chato") é causada pelo parasita *Pthirus pubis*. A biologia desse parasita é semelhante à do *P. humanus capitis*, sendo que aquele habita o pelo da região púbica. Em casos singulares, o *P. púbis* pode também atingir outras partes do corpo como a barba, os cílios, os pelos axilares e até o couro cabeludo. A transmissão ocorre por contato físico muito próximo, principalmente contato sexual. Dados populacionais sobre a ftíriase são inexistentes no nosso país.

#### 4.6.5. Escabiose

A escabiose humana ("sarna") é causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*. O prurido cutâneo leva comumente a uma infecção secundária sendo causado por uma reação alérgica a produtos metabólicos do ácaro. Glomerulonefrite aguda também foi associada à escabiose (Burgess, 1994). A transmissão ocorre por contato direto, inclusive sexual. A transmissão por meio de fômites pode ocorrer, porém, em condições normais, o contato físico é a única via de transmissão de importância epidemiológica (Burgess, 1994).

Condições socioeconômicas precárias, aglomerações, não aderência aos tratamentos tópicos comumente utilizados e o desenvolvimento de resistência medicamentosa são os grandes responsáveis pela manutenção de altas taxas de prevalência, especialmente em populações carentes. Nesse meio, a prevalência atinge cerca de 10% (Wilcke *et al.*, 2002a).

#### 4.6.6. Larva Migrans

A LMC é causada pela penetração de larvas de ancilostomídeos, normalmente de cães e gatos, na pele do homem. A infestação ocorre após contato com solo contaminado com as fezes desses animais. Como o ser humano não é o hospedeiro apropriado, as larvas não conseguem chegar a seu destino programado e continuam migrando na epiderme durante várias semanas. Como o prurido é intenso, a LMC leva comumente a distúrbios do sono e a infecções secundárias.

A infestação no homem é autolimitada e as larvas não se desenvolvem nesse hospedeiro acidental; por isso, o tratamento de pessoas infectadas não apresenta

nenhum impacto na transmissão da doença. O tratamento periódico do reservatório animal, cães e gatos com anti-helmínticos é indispensável para o controle desta ectoparasitose. O quadro é particularmente desafiador em populações carentes, onde é comum a presença de animais sadios e onde o desconhecimento acerca da importância do tratamento dos animais domésticos e limitações financeiras impossibilita essas medidas.

Conseqüentemente, a educação em saúde, priorizando o uso de calçados e um programa em parceria população-governo de tratamento periódico dos animais domésticos, parece ser a melhor opção para a prevenção da LMC. Estima-se que até dois terços da população de favelas de grandes cidades e de comunidades carentes rurais são afetados por pelo menos uma ectoparasitose, mais comumente pelo piolho, pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* ("sarna") e/ou pela pulga *Tunga penetrans* ("bicho de pé") (Wilcke *et al.*, 2002a).

Nos anos de 2022 e 2023, aparecem os primeiros registros dos agravos: Leishmaniose e Esporotricose.

#### **4.6.7. Esporotricose**

O gênero *Sporothrix* compreende cerca de 51 espécies de fungos, onde há maior importância clínica pertence ao complexo *Sporothrix schenckii* (*S. brasiliensis*, *S. schenckii stricto sensu*, *S. globosa*, e *S. luriei*) (Gremião *et al.*, 2017). Ademais, espécies ambientais pertencentes ao complexo *S. pallida* (*S. chilensis*, *S. mexicana* e *S. pallida*) também já foram relatadas como causadoras da esporotricose em humanos (Orofino-costa *et al.*, 2017).

A esporotricose (CID10: B42), doença ocasionada por esses patógenos, é uma micose subcutânea de ampla distribuição mundial, sendo principalmente relatada em países tropicais e subtropicais (MACÊDO-SALES *et al.* 2018). Tal enfermidade pode apresentar-se nas formas cutâneo-linfática, cutânea localizada, cutânea disseminada e extra cutânea - que está mais associada à deficiência imunológica do indivíduo infectado (Oliveira *et al.*, 2014).

Comumente descrita pela implantação traumática de propágulos fúngicos através de solo, plantas e matéria orgânica contaminada pelo agente, estando associada às atividades recreativas ou ocupacionais (Schechtman *et al.*, 2022).

Entretanto, desde a década de 1990, uma rota alternativa de propagação desta infecção tem sido evidenciada através da transmissão zoonótica por meio de mordidas, arranhões ou contato direto com animais infectados, especialmente pelo gato doméstico – animal altamente susceptível a infecção por *Sporothrix* spp., devido o hábito de higienização mediante lambeduras, enterro de seus dejetos, amolação de unhas em árvores, circulação extradomiciliar e disputas por território e/ou acasalamento (Barros, de Almeida Paes, Schubach, 2011; Rodrigues *et al.*, 2013; Almeida *et al.*, 2018).

Além disso, o descarte inadequado do corpo do felino infectado, pode contaminar o solo, eventualmente tornando-se uma nova fonte de transmissão do patógeno (Montenegro *et al.*, 2014).

No Brasil, a esporotricose humana tornou-se evidente em 1998, após uma epidemia zoonótica urbana no Estado do Rio de Janeiro que registrou cerca de 5 mil casos entre os anos de 1997 a 2011. Na mesma região, foram registrados 5.113 casos de esporotricose felina no período de 1998 a 2018 (Boechat *et al.*, 2018; Gremião *et al.*, 2020).

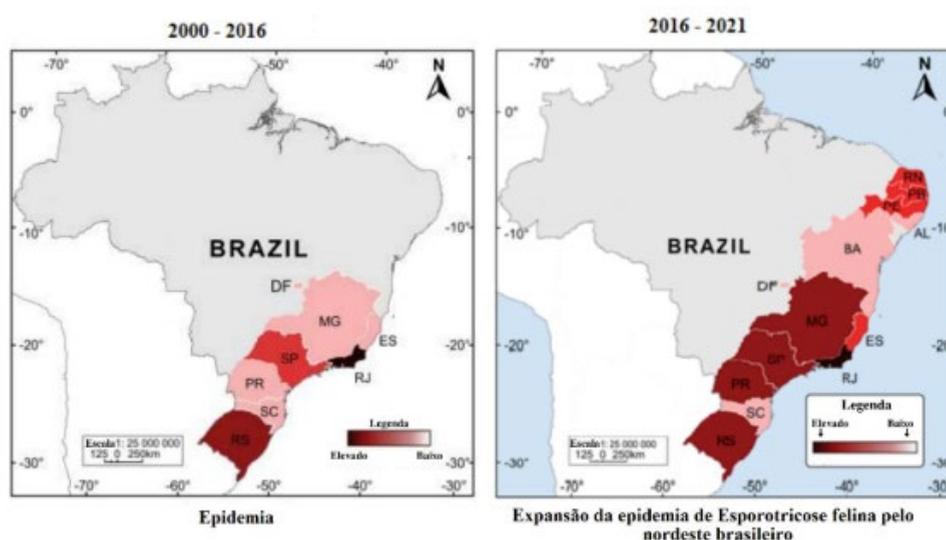
Apesar de ser mais frequente nas regiões Sudeste e Sul do País (Poester *et al.*, 2018), tal micose tem se disseminado pelos Estados do Nordeste brasileiro, demonstrando a importância de se analisar os dados sobre essa infecção fúngica (De Oliveira Bento *et al.*, 2021).

Desde o ano de 2018 a doença passou a ser de notificação compulsória no Estado da Paraíba mediante a resolução n.º 80 - CIB/2018. Segundo a Secretaria de Saúde da Paraíba (SES/PB), no período compreendido entre 2018 e julho de 2021, 536 notificações dessa enfermidade foram registradas no Estado, dentre estas, 58% (n=314/536) foram confirmadas. Tal micose foi principalmente observada em residentes de zonas urbanas, abrangendo 85% (n=266/314) dos casos e em pessoas do gênero feminino com 59% (n=184/314) das ocorrências. Até julho de 2021, o Estado notificou 36 casos suspeitos da infecção, dos quais, 34% (n=11/36) foram detectáveis. Dentre os casos confirmados, 6 foram em João Pessoa, 2 em Sapé e 1 caso cada, nos municípios de Cabedelo, **Marcação** e Pilões (SES/PB, 2021).

Conhecida como a micose prevalente e globalmente distribuída, causada por fungos do gênero *Sporothrix*, a esporotricose humana tem evolução subaguda ou crônica, geralmente é benigna e restrita à pele e aos vasos linfáticos adjacentes, causando úlceras, nódulos e abscessos. Apresenta diferentes sinonímias, sendo as mais conhecidas “doença do jardineiro”, “doença da roseira” e “doença do gato”.

O período de incubação é variável, de uma semana em torno de seis meses após a inoculação, ou seja, após a entrada do fungo no organismo humano. A suscetibilidade é universal. A infecção e a doença não conferem imunidade ao indivíduo, ou seja, a pessoa pode ter diversas infecções ao longo da vida, em caso de exposição. As formas clínicas da esporotricose podem ser divididas em duas categorias principais: cutâneas e extra cutâneas, sendo variáveis e relacionadas ao estado imune do hospedeiro, à quantidade e à profundidade do inóculo fúngico e à patogenicidade e ao termo tolerância da cepa.

Figura 4 - Evolução dos casos de Esporotricose pelo Brasil



**Fonte:** Adaptado de Gremião *et al.*, 2017; Rodrigues *et al.*, 2020.

No DSEI Potiguara, foram informados 2 casos de esporotricose humana em indígenas – jovens do sexo masculino e feminino - cadastrados no SASISUS, sendo um deles no PB Baía da Traição e o outro no PB Marcação, em 2022 e 2023 respectivamente.

#### 4.6.8 Leishmaniose

As Leishmanioses (CID10: B55.1) são zoonoses causadas por protozoários do gênero *Leishmania*. A transmissão entre os animais e o homem ocorre mediante picada das fêmeas de espécies de flebotomíneos (Diptera, Psychodidae: Phlebotominae) pertencentes ao gênero *Lutzomyia* (Batista *et al.*, 2014). A infecção dos flebotomíneos ocorre no momento da hematofagia sobre o homem ou animal contaminado (Barbosa, 2013).

A Leishmaniose Tegumentar (LT) é uma doença infecciosa, não contagiosa, que acomete pele e mucosas, manifestando-se principalmente na forma de úlceras. As lesões podem se apresentar na mucosa nasal, lábios, boca, faringe e laringe, chegando a comprometer as estruturas de tal maneira que prejudicam o sistema respiratório no geral, assim como a alimentação e a fonação (Pereira, Martins & Silva, 2014; Nasser & Will, 2017; Moreira *et al.*, 2016).

Já a Leishmaniose Visceral (LV) é uma doença sistêmica, crônica e de alta letalidade quando não tratada, que se caracteriza clinicamente pela presença de febre prolongada, hepatoesplenomegalia, linfadenomegalia, perda de peso, taquicardia, astenia, adinamia, anemia, tosse seca e diarreia (Pereira, Martins & Silva, 2014; Barbosa, 2016).

No caso da LV, as crianças e idosos são mais suscetíveis a essa doença em detrimento do sistema imunológico ainda pouco desenvolvido ou comprometido por outros problemas de saúde (Brasil, 2009; Nasser & Will, 2017). No entanto, estudos apontam que, tanto para a LV como para a LT, a suscetibilidade é universal, chegando a atingir todos, independentemente da idade e do sexo (Silva, Souza, Gonçalves, Souto & Mota, 2014; Cavalcante & Vale, 2014; Brasil, 2017).

Além disso, as leishmanioses apresentam grande importância, ao poderem assumir formas graves, com elevadas taxas de morbimortalidade nos casos não tratados. Podendo causar desde infecções inaparentes até lesões destrutivas e desfigurantes ou ao óbito (Batista *et al.*, 2014).

Com o objetivo de limitar o avanço territorial e reduzir a morbimortalidade das leishmanioses no Brasil, o Ministério da Saúde recomenda diversas medidas, incluindo o diagnóstico precoce, o tratamento de casos humanos, a eliminação dos

reservatórios, a redução da população de vetores e a promoção de educação em saúde, especialmente entre as populações de risco, para controlar e diminuir a prevalência da doença (Zuben & Donasílio, 2016; Barbosa, 2013). Contudo, apesar desses esforços, nos últimos anos observou-se uma expansão da leishmaniose, impulsionada pela urbanização e pela alteração dos habitats das espécies envolvidas na cadeia de transmissão, aumentando a relevância e a urgência desta zoonose no contexto da saúde pública (Toledo *et al.*, 2017).

As leishmanioses são doenças que ocorrem em 80 países e têm uma prevalência global estimada em 12 milhões de casos. Anualmente, são reportados cerca de 400.000 novos casos. A forma tegumentar da doença registra entre 1 e 1,5 milhões de casos por ano, enquanto a forma visceral contabiliza aproximadamente 500.000 casos anualmente (Batista *et al.*, 2014).

Dos casos registrados na América Latina, cerca de 90% ocorrem no Brasil. Com uma ampla distribuição pelo país, as leishmanioses ocorrem em todas as regiões brasileiras, ganhando destaque nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Zuben & Donasílio, 2016; Batista *et al.*, 2014; Silva, Souza, Gonçalves, Souto & Mota, 2014).

No ano de 2019 foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 18.962 casos de leishmanioses, sendo 16.135 (85,1%) de LT e 2.827 (14,9%) de LV (Brasil, 2021).

A ocorrência dessa zoonose está relacionada a presença de alguns fatores, como: complexidade do diagnóstico e do tratamento, pobreza, baixos índices de desenvolvimento das regiões acometidas, pouco investimento em saúde, educação e infraestrutura urbana, descontinuidade das ações de controle, fatores imunossupressores, entre outros.

O mais preocupante é que o vetor vem se adaptando aos diferentes ambientes, explicando assim o quadro de expansão territorial apresentado pela doença. (Barbosa, 2013; Menezes *et al.*, 2016; Cavalcante & Vale, 2014; Toledo *et al.*, 2017; Zuben & Donasílio, 2016; Magalhães & Moura, 2015; Rodrigues & Lima, 2013; Negrão & Ferreira, 2013).

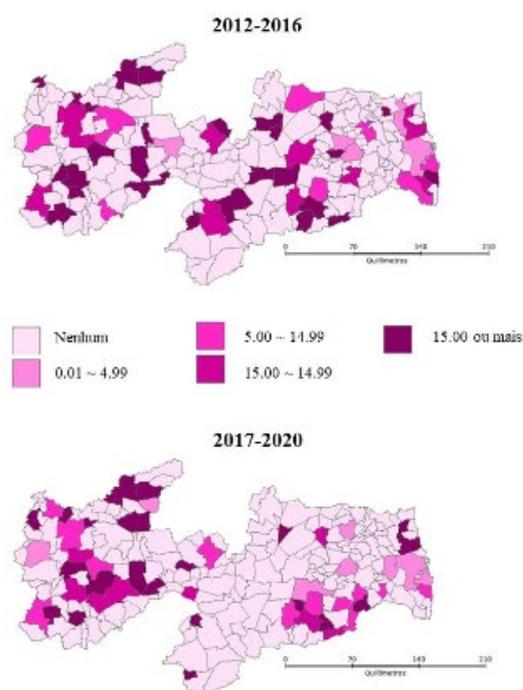
Na Paraíba, ao longo dos anos de 2012 e 2020, foram analisados 1.854 casos de Leishmaniose Visceral humana (LVH), 18.436 casos de Leishmaniose Visceral

canina (LVC) e 310 casos de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA). Desse total, foram confirmados 377 casos de LVH, 9.556 casos de LVC e 83 casos de LTA. De acordo com os dados investigados, é possível observar que o número de casos positivos para LVH diminuiu ao longo dos anos, enquanto a LVC apresentou oscilações durante a faixa temporal estudada, isto é, um pequeno aumento nos anos de 2018 e 2019, porém voltou a diminuir no ano de 2020. Em relação a LTA, observa-se que o número de casos positivos também sofreu um aumento nos anos de 2018 e 2019, porém o número reduziu no último ano (Tabela 1).

No período estudado, o ano de 2012 se manteve como o de maior número de casos positivos para LVH, já em relação a LVC, 2014 se destacou como o ano com o maior número de casos confirmados da doença e LTA se manifestou mais fortemente no ano de 2019.

No período de 2017 a 2020, os municípios nas Regiões Geográficas Imediatas de Cajazeiras, Campina Grande, Catolé do Rocha - São Bento, Cuité – Nova Floresta, Itabaiana, Itaporanga, Mamanguape – Rio Tinto, Monteiro, Patos, Pombal, Sousa e Sumé registraram taxas de prevalência de 15.00 ou mais, destacando-se novamente pelas maiores taxas.

Figura 5 -Taxa de prevalência da LVH por 100 mil habitantes, 2012-2020, Paraíba, Brasil.



Fonte: Aspectos epidemiológicos das Leishmanioses na Paraíba, 2023.

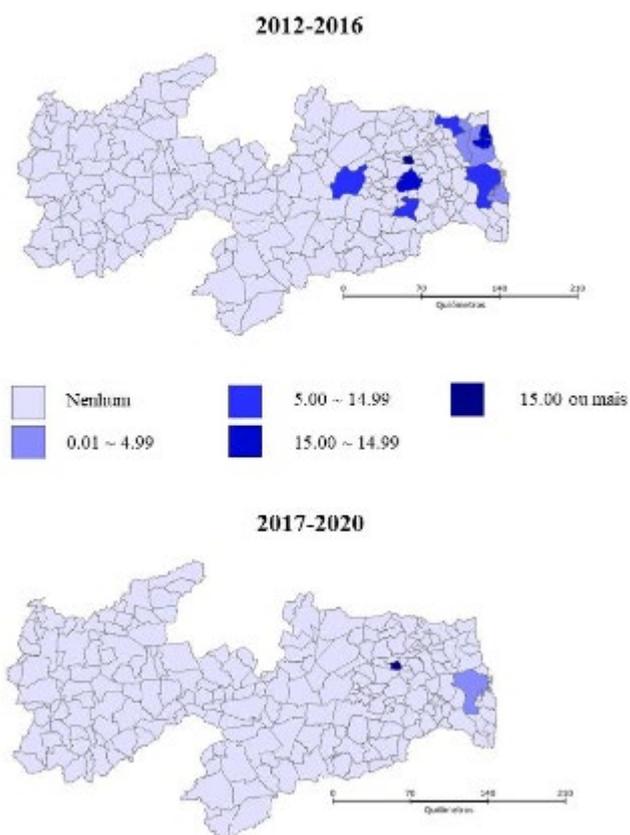
A figura destaca a taxa de prevalência para LVC a cada mil cães no estado da Paraíba, durante os períodos de 2012-2016 e 2017-2020. Considerando esta figura, observa-se que os municípios que apresentam alta taxa de prevalência para doença estão localizados nas Regiões Geográficas Imediatas de Cajazeiras, Campina Grande, Catolé do Rocha – São Bento, João Pessoa, Guarabira, Mamanguape – **Rio Tinto**, Patos e Sousa.

Durante o período de 2017 a 2020, os municípios que apresentaram alta taxa de prevalência para LVC, estão localizados nas Regiões Geográficas Imediatas de Cajazeiras, Campina Grande, Cuité – Nova Floresta, Guarabira, Itabaiana, Itaporanga, João Pessoa, Patos, Pombal e Sousa. Portanto, nota-se que apenas os municípios localizados nas Regiões Geográficas Imediatas de Cajazeiras, Campina Grande, João Pessoa, Patos e Sousa se mantiveram ao longo dos anos analisados com alta taxa de prevalência.

A figura 3 ressalta a taxa de prevalência para LTA a cada 100 mil habitantes ao longo do estado da Paraíba, vale destacar que a figura está dividida em dois períodos, 2012-2016 e 2017-2020. De acordo com os dados explanados nesta figura, mais especificamente no período de 2012-2016, observa-se que apenas o município de Pilões, localizado na Região Geográfica Imediata de Guarabira, apresentou a mais alta taxa de prevalência, isto é 15.00 ou mais. Os demais municípios apresentam taxa de prevalência média, equivalente ao intervalo de 5.00~14.99.

Durante o período de 2017 a 2020, é possível notar que o município de Pilões, localizado na região geográfica imediata de Mamanguape – Rio Tinto, se manteve com alta taxa de prevalência, e que os municípios localizados nas demais regiões não se mantiveram com taxa de prevalência moderada no período analisado (Figura 4).

Figura 6 - Taxa de prevalência da LT por 100 mil habitantes, 2012-2020, Paraíba, Brasil.



**Fonte:** Aspectos epidemiológicos das Leishmanioses na Paraíba, 2023

No DSEI Potiguara, foram registrados 15 casos de Leishmaniose Tegumentar e 1 caso de Leishmaniose Visceral em indígenas cadastrados no SASISUS, no período de 01 de janeiro até 20 de novembro de 2023. Destes, 11 casos foram informados em indígenas residentes na área de abrangência do PB Marcação, 3 casos em indígenas do PB Baía da Traição e 1 caso de LV em indígena residente na área de abrangência do PB Rio Tinto, todos em indígenas jovens (n=9 em indígenas do sexo masculino, n=6 em indígenas do sexo feminino). 1 caso foi informado em criança na FE 5 a nos, 1 caso em adolescente na FX 15 a 19 anos, 10 casos em indígenas de 20 a 39 anos, 2 casos na FE 40 a 59 anos e 1 caso na FE 60 a 79 anos.

Em 2022, foram registrados 6 casos de LT em indígenas residentes na área de abrangência do PB Marcação. Todos os casos foram registrados em indígenas do sexo masculino, sendo 1 caso em menor de ano, 4 casos na FE 40 a 59 anos e 1 caso na FE 60 a 79 anos, sem complicações. Em 2021, foram notificados 3 casos de LT

todos em indígenas do sexo masculino, na faixa etária de 10 a 15 anos. Em 2020 não houve nenhuma notificação de caso LT/LV. Em 2019, foram notificados 3 casos de LT em indígenas residentes na área de abrangência do PB Baía da Traição, sendo um caso em indígena do sexo feminino, na faixa etária de 1 a 4 anos e 2 casos em indígenas do sexo masculino na FE de 20 a 39 anos.

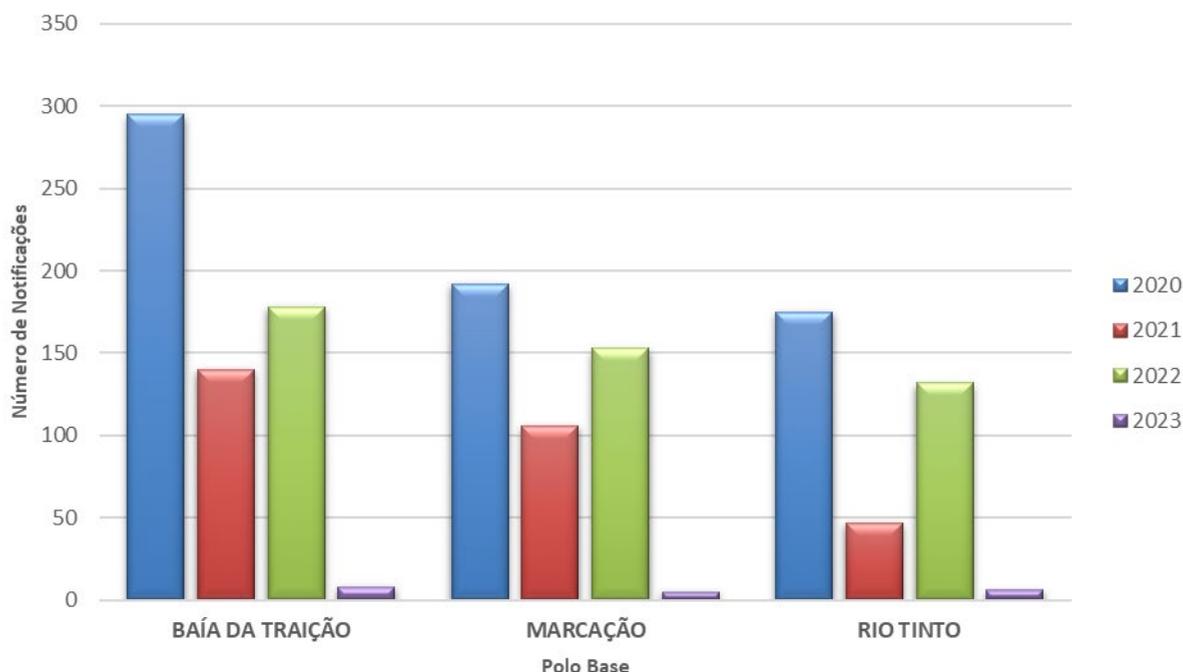
Em geral, diante dos dados apresentados, não há relação causal entre anos x faixa etária, sendo possível identificar a presença de casos de LT em todas as faixas etárias, sendo o sexo masculino o de maior predominância entre os registros.

É evidente que as aldeias potiguaras carecem de infraestrutura sanitária adequada, e os problemas de saúde mencionados estão diretamente relacionados com deficiências no saneamento. Essa situação expõe a população a uma maior vulnerabilidade ambiental, que pode afetar negativamente o estado de saúde geral. Portanto, é imperativo aumentar os investimentos em saneamento, o qual deve ser visto como um componente essencial de um sistema voltado para o desenvolvimento sustentável e a promoção do controle e prevenção de doenças. Isso inclui melhorar o fornecimento de água de qualidade, efetivar a coleta e tratamento de esgoto, e gerenciar adequadamente os resíduos sólidos.

Ligadas às questões de saneamento, as dificuldades de vigilância em saúde no território também são evidentes, com dados frequentemente frágeis, insuficientes ou que não correspondem à realidade local. Assim, é urgente fortalecer a política de vigilância em saúde e considerar as prioridades do território, baseando-se em uma vigilância epidemiológica efetiva, que utilize dados e registros precisos de agravos e notificações compulsórias. É notória a subnotificação de agravos, um aspecto que deve ser seriamente considerado devido à sua importância crítica para a coordenação da gestão com seus colaboradores. A comunidade assistida precisa, de fato, ter a garantia de um atendimento à saúde completo, que respeite as particularidades e diversidades culturais e territoriais de cada povo.

#### 4.6.9 COVID-19

**Gráfico 6 - Distribuição de casos confirmados por Polo Base, 2020 a 2023.**



**Fonte:** DSEI Potiguara, 2023.

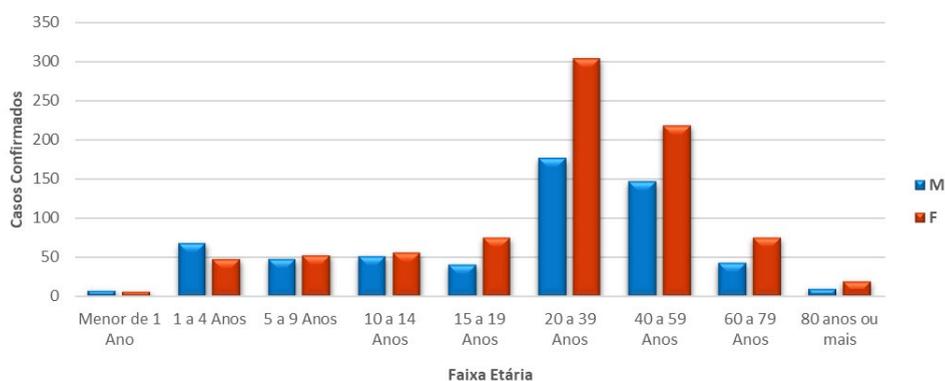
No Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara, da SE 01/2020 até SE 45/2023, foram inseridas 4.509 notificações de COVID-19, sendo 3.030 casos descartados (67%), 1.437 casos confirmados (32%) e desses confirmados, 8 evoluíram para óbito (6%). O gráfico 6, demonstra o número de casos confirmados, por polo base x ano de notificação, com o maior número de casos positivos no ano de 2020, seguido do ano de 2022. O ano de 2021 teve uma queda no número de casos confirmados, assim com o ano de 2023 demonstra uma diminuição significativa de casos confirmados, quando comparado os anos anteriores (n=19). Os óbitos por COVID-19, foram registrados no ano de 2020 (n=4) e 2021 (n=4).

Conforme o gráfico 6, observa-se mais casos confirmados de COVID-19 entre os indígenas que residem na área de abrangência do Polo Base Baía da Traição. Localizado no município de Baía da Traição, que possui aproximadamente 9.244 habitantes, destes, 7.922 são indígenas da etnia Potiguara, segundo o último censo do IBGE (2022). Já o Polo Base Marcação, localizado no município de Marcação, tem 8.999 habitantes, destes (88,08%) 7.926 também são indígenas da etnia Potiguara.

Também conforme os dados divulgados pelo IBGE, somente a Paraíba tem cerca de 30.140 pessoas que são indígenas, correspondendo a 0,76% da população total residente no estado.

Dos casos confirmados, tivemos 1.436 casos confirmados através da realização de testes rápidos e apenas 1 caso teve confirmação pelo critério clínico imagem. Durante o período avaliado, não houve registros de demais critérios de classificação.

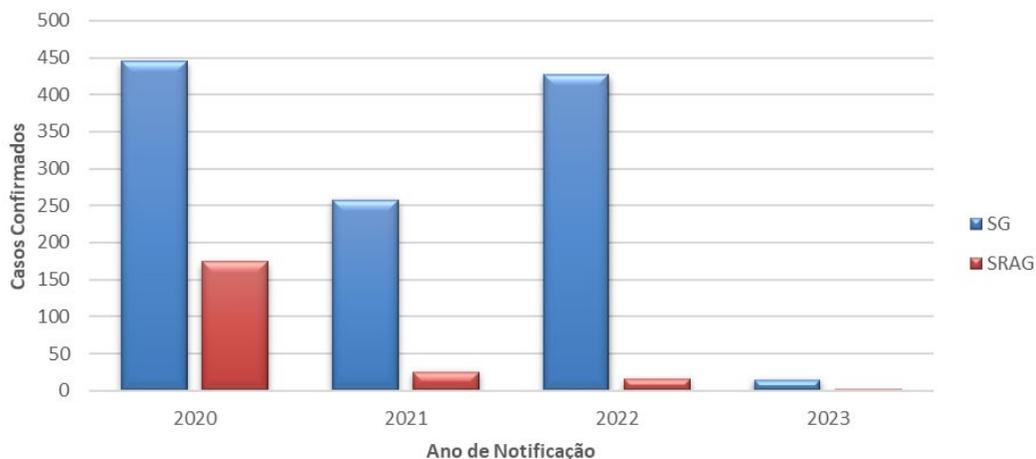
**Gráfico 7 - Casos confirmados de COVID-19 analisando as variáveis sexo X faixa etária**



**Fonte:** DSEI Potiguara, 2023.

O gráfico 7 mostra que a maioria dos casos positivos de COVID-19 entre os indígenas ocorreu na faixa etária de 20 a 39 anos, com um total de 480 casos, sendo 304 destes no sexo feminino. Na faixa etária de 40 a 59 anos, foram registrados 364 casos no sistema, com 218 no sexo feminino e 146 no sexo masculino. Portanto, essas foram as faixas etárias mais afetadas pela COVID-19 entre os indígenas sob a jurisdição do DSEI Potiguara.

**Gráfico 8 - Distribuição dos casos de COVID-19 de acordo com a classificação SG SRAG, 2020 a 2023.**

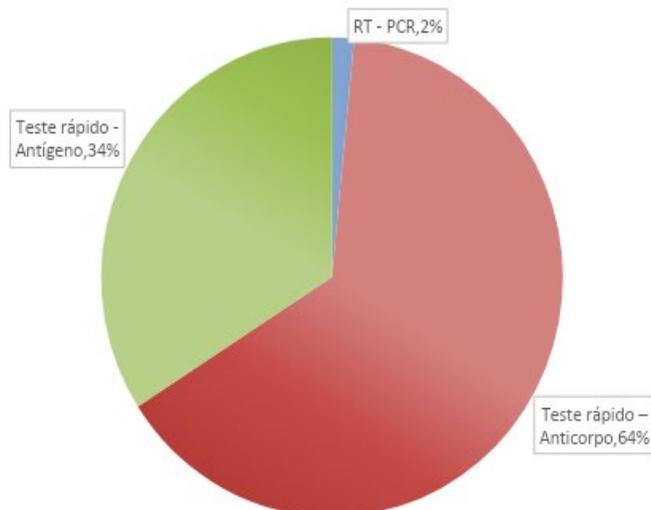


**Fonte:** DSEI Potiguara, 2023.

Os dados evidenciados no gráfico 8, houve uma maior predominância de casos que atendiam aos critérios de SG (Síndrome Gripal, n=1.114), 216 casos atendiam aos critérios de SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave) e 77 casos não atendiam aos critérios previamente conhecidos.

O Polo Base Baía da Traição, apresentou o maior número de casos confirmados no período analisado (n=621). Apresentando assim, a maior taxa de prevalência (103 por 1.000 habitantes) sendo também o polo base que apresentou a maior taxa de mortalidade ( $\approx$  1 óbito a cada 1.000 hab.). Em geral, o DSEI Potiguara apresentou uma taxa de mortalidade de 1,4% a cada 1.000 hab.

**Gráfico 9 - Tipos de testes para confirmação do caso COVID-19, 2020 a 2023.**



**Fonte:** DSEI Potiguara, 2023.

Houve uma predominância na utilização dos testes rápidos do tipo anticorpo para confirmação dos casos para COVID-19. Apenas 2% dos casos confirmados, foram através da realização do RT-PCR, sendo este, considerado o exame padrão ouro para confirmação de caso.

**Gráfico 10 - Casos confirmados para COVID-19, 2023.**



**Fonte:** DSEI Potiguara, 2023.

O gráfico apresenta o concentrado de casos COVID-19 confirmados durante o ano de 2023, com maior número de casos registrados na SE 18ª (30/04 a 06/05/2023) e na SE 20ª (14/05 a 20/05/2023) e uma tendência a diminuição dos casos positivos, porém, houve uma significativa diminuição na realização de testes para diagnóstico COVID-19 por parte dos três Polos Bases.

Durante o período analisado, a faixa etária mais acometida, foi a FE que compreende 40 a 59 anos (n=10), seguido da FE 20 a 39 anos (n=8) e 10 a 14 anos teve apenas 1 registro, dentre os casos positivos. O sexo feminino, apresentou-se como o mais afetado nesta análise (n=15) e o sexo masculino foi responsável por 4 registros. Destes casos, 14 atenderam aos critérios para SG (Síndrome Gripal) e os demais (n=5) não se enquadraram nos critérios. Não houve nenhum óbito para o período analisado.

Neste período, foram utilizados em maior predominância os testes rápidos do tipo antígeno (n=14) e apenas 4 casos foram confirmados através do RT-PCR.

O DSEI Potiguara apoia incondicionalmente as campanhas de vacinação dentro do território e reforça a prioridade das atividades em campo, bem como, todas as atividades de enfrentamento a covid19, sejam elas, medidas farmacológicas e/ou medidas não farmacológicas.

Para as análises a seguir, seguem informações sobre quantitativo populacional utilizados como base de dados, de acordo com Painel SIASI Local, extraído em novembro de 2023 (dados sujeitos a alterações) e o método de cálculo utilizado para coeficiente de mortalidade = (nº de óbitos/Pop) X 1.000.

Quadro 10 - Causas de mortalidade geral de indígenas no DSEI e Taxa de mortalidade geral por ano, 2020 a 2022 e dados parciais de 2023

Óbito Geral	2020		2021		2022		2023	
	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade						
Coeficiente Geral de Mortalidade	75	3,9	69	3,7	87	4,8	57	3,2
<b>Principais Causas de Óbito</b>	<b>Nº de óbitos</b>							
I10 - Hipertensão Essencial (primária)	5		4		3		1	
U07.1 – COVID-19, vírus identificado	4		2		0		0	
I64 - Acidente Vascular Cerebral (não especificado)	4		0		4		2	
I21.9 - Infarto Agudo do Miocárdio	5		0		7		4	
J18.9 - Pneumonia não especificada	3		0		3		2	

Óbito Geral	2020		2021		2022		2023	
	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade						
X70.0 - Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação - residência	3		0		3		0	
I69.4 – Sequelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico	0		0		0		2	
R99 - Outra causas mal definidas e não especificadas de mortalidade	0		0		3		3	
J15.9 - Pneumonia bacteria não especificada	0		0		4		2	
J96.0 – Insuficiência respiratória aguda	0		2		0		0	
V89.2 – Pessoa traumatizada em um acidente de trânsito com um veículo a motor não especificada	0		2		0		0	
B34.2 – Infecção por coronavírus, não especificada	0		2		0		0	
E11 - Diabetes mellitus não insulino dependente	0		2		0		0	
X95.8 – Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada	0		0		0		2	
E14.5 – Diabetes mellitus não especificado, com complicados circulatórias periféricas	0		0		0		2	
N39.0 – Infecção do trato urinário de localização não especificada	0		0		0		2	

Óbito Geral	2020		2021		2022		2023	
	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade						
X95.0 – Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada	0		0		4		0	

**Fonte:** Painel SIASI local, 2023.

**Método de Cálculo:** Nº de óbitos/Total da população X 1.000

Em 2020, os três polos bases, reportaram a mesma quantidade de óbitos (n=25). No Polo Base Baía da Traição, o maior número de óbitos está em indígenas nas faixas etárias de 60 a 79 anos (n=9), 40 a 59 anos (n=4) e em indígenas com 80 anos ou mais (n=4). Há uma predominância maior de óbitos em indígenas do sexo masculino (n=16). Todos os 25 óbitos foram reportados em indígenas da Etnia Potiguara. Os óbitos com causa básica CID I64 - Acidente Vascular Cerebral, foram responsáveis por cerca de 28% dos registros. 60% dos óbitos aconteceram em ambiente hospitalar. Os demais óbitos foram registrados em via pública (n=1, durante transporte) e em domicílio (n=9).

No Polo Base Marcação, dos 25 óbitos reportados, 15 foram em indígenas do sexo masculino, com predominância de registros na faixa etária de 60 a 79 anos (n=10). Na faixa etária de 80 anos ou mais, foram informados 5 óbitos (masculino = 4 e feminino = 1). Todos os óbitos foram em indígenas da Etnia Potiguara. Entre as causas básicas, destaca-se o CID I21.9 - Infarto Agudo do Miocárdio não especificado (n=2). Os demais óbitos de causas variáveis têm relação direta ou indireta com problemas relacionados a problemas cardíacos e hipertensão essencial primária. 56% dos óbitos ocorreram em ambiente hospitalar, 8 registros foram em domicílio e 3 casos ocorreram durante o transporte.

No Polo Base Rio Tinto, 13 óbitos foram registrados em indígenas do sexo masculino e 12 óbitos em indígenas do sexo feminino. A faixa etária de 60 a 79 anos, tiveram 6 óbitos em indígenas do sexo masculino e 3 em indígenas do sexo feminino. A faixa etária de 80 anos ou mais teve 7 óbitos, 4 deles ocorreram no sexo masculino e 3 em indígenas do sexo feminino. Dos 25 registros, 24 foram em indígenas da Etnia

Potiguara e um óbito em indígena do sexo feminino na faixa etária de 40 a 59 anos, da Etnia Tabajara. 64% dos óbitos aconteceram em ambiente hospitalar, 8 casos foram informados em domicílio e 1 óbito não teve seu local de ocorrência informado. Nesta análise, não há predominância de uma causa básica de óbito, porém, grande parte dos óbitos registrados tem causa direta ou indireta com Hipertensão essencial.

Em 2021, dos 69 óbitos reportados, 56,5% foram em indígenas do sexo masculino e 43,5% foram em indígenas do sexo feminino. 68 óbitos foram em indígenas da Etnia Potiguara e apenas 1 óbito em indígena do sexo masculino, da Etnia tabajara (em menor de 1 ano). Em geral, entre os óbitos registrados em indígenas da Etnia Potiguara, as faixas etárias 60 a 79 anos (n=18), 40 a 59 anos (n=15) e 20 a 39 anos (n=13) foram as mais afetadas. O Polo Base Rio Tinto reportou 24 registros, os PB Marcação e Baía da Traição, reportaram 23 registros (cada). No PB Baía da Traição, houve predominância de óbitos com as causas básicas de COVID-19 (n=2) e Diabetes Mellitus (n=2), os demais óbitos não tiveram suas causas básicas associadas a Hipertensão Essencial, como foi visto na análise em 2020.

No PB Marcação, houve uma predominância de óbitos de causas mal definidas (n=3), e os demais óbitos, apresentaram causas diversas, sendo as causas com relação direta as agressões (violência), um indicador presente durante este ano e diferente da análise de 2020 neste mesmo polo.

No PB Rio Tinto, 3 óbitos tiveram relação direta com violência (agressões), 3 óbitos tiveram como causa básica a Diabetes Mellitus, 2 óbitos tiveram como causa básica a COVID-19 e os demais óbitos, tinham causas indiretas relacionadas a Hipertensão Essencial.

Entre os locais de ocorrência dos óbitos, 64 % dos óbitos ocorreram em ambiente hospitalar, 30 % em domicílio e 6% dos óbitos, foram em via pública/transporte.

Em 2022, 44% dos óbitos registrados foram em indígenas residentes na área de abrangência do PB Marcação, 29% em indígenas da área de abrangência do PB Baía da Traição e 27% em indígenas da área de abrangência do PB Rio Tinto. As faixas etárias de 60 a 79 anos (n=28), 40 a 59 anos (n=23) e 80 anos ou mais (n=13) foram as mais acometidas. Neste período, foram informados 5 óbitos em indígenas menores de 1 ano, sendo, portanto, o ano com maior registro de óbitos infantis.

Dentre as causas básicas que mais se destacaram, estão o Infarto Agudo do Miocárdio (n=10 - CIDs I21, I21.2 e I21.9). Os óbitos com causa básica direta com violência/agressão tiveram destaque nesta análise (n=12), assim como os óbitos relacionados às neoplasias (n=3), sendo o primeiro ano que teve esse indicador. Os demais óbitos têm causas diversas, porém, a Hipertensão Essencial apresenta relação com os óbitos por Acidente Vascular Cerebral e as demais Hemorragias subaracnoides.

Estima-se que cerca de 69% dos óbitos ocorreram em ambiente hospitalar, 30% foram em ambiente domiciliar e 1% foi em via pública.

De 01 de janeiro de 2023 até 22 de dezembro de 2023, foram reportados 57 óbitos, destes: 25 foram em indígenas da área de abrangência do PB Marcação, 17 entre indígenas da área de abrangência do PB de Rio Tinto e 15 ocorreram em indígenas da área de abrangência do PB Marcação. 54,3 % dos óbitos foram em indígenas do sexo masculino e 45% em indígenas do sexo feminino. As faixas etárias de 60 a 79 anos (n=23), 40 a 59 anos (n=10) e 80 anos a mais (n=11), foram as mais afetadas. Todos os óbitos foram em indígenas da Etnia Potiguara.

As principais causas básicas, destacam-se: as agressões/violência (n=5), a Diabetes Mellitus (n=4), as insuficiências respiratórias e pneumonias, de origens diversas (n=6), as neoplasias, de origens diversas (n=4) e as doenças cardíacas com relação direta e indireta com a Hipertensão Essencial e Acidente Vascular Cerebral (n=14). 67% dos óbitos foram em ambiente hospitalar, 30% em domicílio e 3% dos óbitos foram em via pública.

Quadro 11 - Causas de mortalidade de crianças indígena < 1 ano no DSEI e taxa de mortalidade infantil por ano, 2020 a 2022.

Óbito Infantil	2020		2021		2022	
	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade
Total de Mortalidade Infantil	4	10,23	6	13,89	5	13,37
<b>Principais Causas de Óbito</b>	<b>Nº de óbitos</b>		<b>Nº de óbitos</b>		<b>Nº de óbitos</b>	
Pneumonia Não especificada	1		0		0	
Feto e recém-nascido afetados por doenças maternas renais e das vias urinárias	1		0		0	

Óbito Infantil	2020		2021		2022	
	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade	Nº de óbitos	Tx de Mortalidade
Feto e recém-nascido afetados por parto precipitado	1		0		0	
Mal formação não especificada do coração	1		0		0	
Hipoxia intrauterina	0		1		0	
Feto e recém-nascido afetados por incompetência do colo uterino	0		1		0	
Hipoxia intra uterina diagnosticada durante o trabalho de parto e parto	0		1		0	
Isoimunização Rh do feto e do recém-nascido	0		1		0	
Feto e recém-nascido afetados por transtornos maternos hipertensivos	0		1		0	
Septicemia do recém-nascido devida a outros estreptococos e aos não especificados	0		1		0	
Pneumonia bacteriana não especificada	0		0		1	
Desconforto respiratório não especificados do recém-nascido	0		0		1	
Inalação e ingestão de alimentos causando obstrução	0		0		1	
Anencefalia	0		0		1	
Acidose	0		0		1	

Fonte: Painel SIASI, 2023.

Método de Cálculo: Nº de óbitos infantis/Total de nascidos vivos X 1.000

Em 2023, a TX de mortalidade infantil está em 11,98 (N=4) (dados de janeiro 2023 até 20 dezembro de 2023, dados extraídos do Painel SIASI local, sujeitos a alterações), as principais causas foram Capítulo XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal (n=2 – feto e recém-nascido afetados por outras afecções maternas e o outro óbito teve como causa básica: hipoxia intrauterina não especificada). Capítulo XVII – Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas – causa básica: Agenesia Bilateral do rim (n=1). Capítulo XX –

Doenças do Aparelho Respiratória – Pneumonia não especificada (n=1).

Quadro 12 - Causas de mortalidade materna no DSEI e Razão de mortalidade materna por ano, 2020 a 2022

Óbito Materno	2020		2021		2022	
	Nº de óbitos	Razão de mortalidade	Nº de óbitos	Razão de mortalidade	Nº de óbitos	Razão de mortalidade
Razão de Mortalidade Materna	1	0,25	0	-	0	-
Principal causa do óbito	072.2 Hemorragias pós-parto, tardias e secundárias					

Fonte: Painel SIASI, 2023.

Quadro 13 - Principais Especialidades que geram referência para a média e alta complexidade, 2020 a 2022

Morbidades referenciadas	Número de indígenas encaminhados		
	2020	2021	2022
Doenças Cardíacas	80	42	120
Pneumologista	65	45	-
Doenças Dermatológicas	56	-	96
Doenças Reumatológicas	48	-	132
Endocrinologia	-	65	156
Ginecologia	-	58	-
Saúde Mental	-	38	60
Neurologia	-	-	144

Fonte: DSEI Potiguara, 2020 a 2022.

Quadro 14 - Quantitativo de usuários com doenças crônicas não transmissíveis e que necessitaram de intervenção/cuidados específicos, 2022.

Cronicidade	Total
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	227
Diabetes Mellitus	171
Soropositivos (as)	29
Renal Crônico (Hemodiálise)	11
Portadores de Neoplasias	09
Doenças Hematológicas	04
Transplantes	02

Fonte: Painel SIASI local, 2023.

#### 4.6.10. Saúde Mental

Destaca-se, conforme enfatizado pela responsável técnica do programa de saúde mental durante a elaboração do PDSI – Bem Viver, que o DSEI Potiguara identifica os transtornos mentais e comportamentais como uma das morbidades prevalentes. Esse dado reforça a necessidade de expandir e consolidar a política de Atenção Psicossocial, conforme recomendado. Isso implica no envolvimento de todos os profissionais das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e Núcleo de Atenção à Saúde Indígena (NASI), além do controle social, da comunidade e de outras instituições, com o objetivo de assegurar o bem viver dos povos Potiguara e Tabajara.

##### 4.6.10.1 Violência Interpessoal/autoprovocada

Nesse ponto é válido destacar que a Política de Atenção Psicossocial aos Povos Indígenas: tecendo redes para a promoção do bem viver (2019) tem como principal objetivo ampliar a compreensão das questões que afetam as populações indígenas no campo da saúde mental/atenção psicossocial, revisitando a necessidade de atuação conforme as necessidades e contextos de cada população.

O diagnóstico detalhado da ocorrência das situações de violência é imprescindível para a prevenção e enfrentamento de tais situações. Nesse sentido, seguem abaixo os principais dados relacionados à violência no DSEI Potiguara.

Quadro 15 - Panorama das notificações de violência interpessoal/autoprovocada

NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA			
Morbidade (CID)	Taxa de Incidência		
	2020	2021	2022
Total de registros relacionados as agressões/violências	0	48,64 (n = 9)	310,04 (n = 56)
Lesões autoprovocadas intencionalmente: X60 a X84; Y09*	0	48,64 (n = 9)	276,82 (n = 50)
Agressões por meios especificados: X85 a X99; Y00 a Y04	0	0	33,21 (n = 6)
Agressão sexual por meio de força física: Y05	0	0	0
Negligência e abandono: Y06	0	0	0

Outras síndromes de maus-tratos: Y07	0	0	0
Agressão por outros meios especificados: Y08	0	0	0

Fonte: SIASI, 2023.

Modo de cálculo: nº de notificações / população x 100.000. População: 2020 = 18.815; 2021 = 18.503; 2022 = 18.062.

É importante ressaltar que apenas a partir de 2021 os profissionais do DSEI Potiguara, especialmente aqueles da Atenção Psicossocial, começaram a utilizar a ficha de notificação compulsória de violência interpessoal/autoprovocada (Portaria GM/MS Nº 217, de 1º de março de 2023) em sua rotina. Anteriormente, durante um período, somente as fichas complementares de notificação de violência eram utilizadas, e os dados não eram inseridos no SINAN, resultando em subnotificação dos dados nos anos de 2020 e 2021.

É relevante destacar que as notificações do ano de 2021 datam a partir de setembro/2021, período em que foram contratados profissionais da Atenção Psicossocial para atuar no DSEI Potiguara, incluindo a referência técnica da Atenção Psicossocial. Além disso, em 2021 todas as notificações foram feitas por profissional do Núcleo Ampliado de Saúde Indígena (NASI) e em 2022, 96,42% das notificações foram registradas por esses profissionais, evidenciando a necessidade de manutenção da força de trabalho da Atenção Psicossocial, bem como o fortalecimento da identificação dessas situações por outros profissionais da equipe multiprofissional.

Além do acompanhamento das situações relacionadas a violência e óbitos por suicídio, a Atenção Psicossocial aos povos indígenas envolve o acompanhamento de diversas situações que causam agravos em saúde mental e que influenciam na qualidade de vida da população. Dentre essas situações é importante acompanhar as pessoas que apresentem uso abusivo de álcool; violências não letais; homicídios; tentativas de suicídio; óbito por suicídio e monitoramento do uso de psicotrópicos. Além desse monitoramento é imprescindível realizar ações para promoção do bem viver, que demandam o envolvimento de toda a equipe multiprofissional e comunidade.

Portanto, é necessária a construção de um modo de produção de cuidado em saúde que se baseie no fortalecimento do coletivo e das ações conjuntas para promoção do bem viver.

Neste contexto, com o objetivo de mapear e monitorar a complexidade e diversidade das ações executadas pela equipe da Atenção Psicossocial, foram implementados, a partir de janeiro de 2022, instrumentos para o acompanhamento das atividades realizadas. Esses instrumentos categorizam as ações dos profissionais em atividades individuais, atividades em grupo, atividades de educação em saúde, atividades de apoio matricial e atividades comunitárias.

Os dados são enviados mensalmente pelos profissionais da Atenção Psicossocial e a consolidação é feita pela referência técnica da Atenção Psicossocial em planilha específica do DSEI Potiguara. Sendo assim, tais dados serão referência para embasar um dos produtos propostos pelo DSEI Potiguara no que tange à Atenção Psicossocial. Segue planilha com os dados de 2022 e 2023 e prospecção para os anos de vigência do PDSI.

Quadro 16 - Atividades realizadas pela equipe de atenção psicossocial, 2022 e 2023.

<b>ATIVIDADES REALIZADAS PELA EQUIPE DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL 2022/2023 PROJEÇÃO PARA OS PRÓXIMOS ANOS – 2024 – 2027</b>				
<b>Ano</b>	<b>Atendimentos Individuais</b>	<b>Atendimentos em Grupo</b>	<b>Educação em Saúde</b>	<b>Ações de Apoio e Matriciamento</b>
2022	95%	1%	3%	1%
2023	82%	13%	1%	4%
2024	82%	13%	1%	4%
2025	70%	20%	3%	7%
2026	58%	27%	5%	10%
2027	46%	34%	7%	13%

**Fonte:** Consolidado de atividades dos profissionais da Atenção Psicossocial, até 19/10/2023.

Assim, um dos resultados relacionados à Atenção Psicossocial será fundamentado nos dados mencionados, utilizando 2023 como linha de base e analisando a variação entre 2022 e 2023. Isso porque o objetivo da consolidação da Política de Atenção Psicossocial aos Povos Indígenas (2019) no DSEI Potiguara é que o Núcleo Ampliado de Saúde Indígena (NASI) priorize principalmente as atividades coletivas e de apoio matricial aos profissionais, como uma estratégia para promover o bem viver.

Considerando que os dados relacionados aos óbitos por suicídio também é um dos indicadores monitorados no PDSI, segue os dados específicos de mortalidade por suicídio.

Quadro 17 - Descrição geral dos óbitos por suicídio no DSEI Potiguara

Óbitos por Suicídio	2019	2020	2021	2022
	0	3	0	3
<b>Coefficiente de óbitos por suicídio*</b>	0	15,94	0	16,60

Fonte: Painel SIASI local, 2023.

Método de Cálculo: N° de óbitos/Total da Pop X 100.000. População: 2020 = 18.815; 2021 = 18.503; 2022 = 18.062.

**Linha de base referência:** 1,5 óbitos por suicídio

Método de cálculo: N° de óbitos por suicídio 2019 + 2020 + 2021 + 2022 = 6 / 4 = 1,5

## 5. ESTRUTURAÇÃO DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA –

### Atual e previsão

#### 5.1 Infraestrutura de saúde

Quadro 18 - Quantidade atual de estabelecimentos de saúde indígena por descrição do subtipo, número de reformas/ampliações e novos estabelecimentos.

Tipo de Estabelecimento	Nome da Aldeia ou Polo Base	Implantação/Reforma/Ampliação/ Reforma ou Ampliação	Ano
UBSI Tipo II	Estiva Velha	Implantação	2024
UBSI Tipo II	Cândido	Implantação	2024
UBSI Tipo II	Benfica	Implantação	2024
UBSI Tipo II	Carneira	Implantação	2024
UBSI Tipo II	Vitória	Implantação	2025
UBSI Tipo II	Mata Escura	Implantação	2025
Polo Base	Mont-Mor	Implantação	2025
UBSI Tipo II	Val	Implantação	2026
UBSI Tipo II	Tramataia	Implantação	2026
UBSI Tipo II	Coqueirinho	Implantação	2026
UBSI Tipo II	Barra de Gramame-Tabajara	Implantação	2026
UBSI Tipo II	Nova Conquista	Implantação	2027
Polo Base	Vitória - Tabajara	Implantação	2027
UBSI Tipo II	São Miguel	Reforma e Ampliação	2024
UBSI Tipo II	Lagoa Grande	Reforma e Ampliação	2024
UBSI Tipo II	Jacaré de César	Reforma e Ampliação	2024
UBSI Tipo II	Cumarú	Reforma e Ampliação	2024
UBSI Tipo II	São Francisco	Reforma e Ampliação	2024
UBSI Tipo II	Três rios	Reforma e Ampliação	2025
UBSI Tipo II	Laranjeiras	Reforma e Ampliação	2025
UBSI Tipo II	Brejinho	Reforma e Ampliação	2025
UBSI Tipo II	Jaraguá	Reforma e Ampliação	2025

Tipo de Estabelecimento	Nome da Aldeia ou Polo Base	Implantação/Reforma/Ampliação/ Reforma ou Ampliação	Ano
UBSI Tipo II	Tracoeira	Reforma e Ampliação	2025
Polo Base	Forte	Reforma e Ampliação	2025
UBSI Tipo II	Jacaré de São Domingos	Reforma e Ampliação	2026
UBSI Tipo II	Grupiuna	Reforma e Ampliação	2026
UBSI Tipo II	Bento	Reforma e Ampliação	2026
UBSI Tipo II	Alto do Tambá	Reforma e Ampliação	2026
UBSI Tipo II	Santa Rita	Reforma e Ampliação	2026
Polo Base	Caeira	Reforma e Ampliação	2026
UBSI Tipo II	Silva de Belém	Reforma e Ampliação	2027
UBSI Tipo II	Ybykuara	Reforma e Ampliação	2027
UBSI Tipo II	Akajutibiró	Reforma e Ampliação	2027
UBSI Tipo II	Lagoa do Mato	Reforma e Ampliação	2027
UBSI Tipo II	Silva da Estrada	Reforma e Ampliação	2027

Fonte: SESANI, 2023.

## 5.2 Rede de Atenção à Saúde

Todas as aldeias atendidas pelo DSEI Potiguara têm acesso terrestre. A capital do Estado da Paraíba, João Pessoa, está localizada a aproximadamente 120 km das aldeias do povo Potiguara, situadas no litoral norte do estado nos municípios de Baía da Traição - PB, Marcação - PB e Rio Tinto - PB. As aldeias do povo Tabajara localizam-se no litoral sul do estado, no município de Conde – PB, a cerca de 35 km de João Pessoa.

O Hospital Geral de Mamanguape – HGM serve como principal referência para os atendimentos de urgência e emergência das 33 aldeias do povo Potiguara. Os atendimentos em especialidades como hematologia, transplante, cardiologia, oncologia, nefrologia e hemodiálise são geralmente realizados nos hospitais de referência em João Pessoa. Dependendo da complexidade dos casos de saúde, alguns pacientes podem ser encaminhados para outros hospitais de referência na cidade de Recife – PE.

Já as aldeias do povo Tabajara, são atendidas nos hospitais de referência do município do Conde.

A maioria dos encaminhamentos realizados pelas centrais de regulação dos municípios são realizados via SISREG, porém, algumas especialidades como a exemplo à cardiologia, é regulada pela central de regulação do Estado, e outras

especialidades como oncologia são agendadas diretamente nos hospitais de referência. O DSEI Potiguara vem se organizando e já realizando algumas articulações com CAPS, CEO e Hospitais que têm perfil para aderir Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI.

O DSEI potiguara conta os seguintes veículos para o transporte de pacientes indígenas para as referências de média e alta complexidade:

03 vans com capacidade de 15 lugares cada, incluindo o motorista;

03 caminhonetes, uma por polo base, para dar apoio a pacientes que não conseguiram ir nas vans;

03 veículos utilitários, que dão suporte aos pacientes que fazem tratamento de hemodiálise;

02 veículos utilitários, do setor administrativo da sede do DSEI Potiguara, que também dão suporte aos pacientes em trânsito nas referências na cidade de João Pessoa.

Importante mencionar que no território indígena de abrangência do DSEI Potiguara vêm tendo um aumento expressivo de pacientes de saúde mental, e esses pacientes têm necessitado de transporte específico para o acesso os serviços dos CAPS de referência localizados nos municípios de Rio Tinto, Mamanguape e Mataraca. É importante informar que nem o DSEI, nem os municípios têm conseguido dar apoio no transporte desses pacientes.

Outra demanda crescente no território indígena é a de gestantes de alto risco. As equipes de saúde indígena têm monitorado e classificado o risco dessas gestantes. Quando identificam um alto risco, contatam imediatamente o Ambulatório de Especialidades Clínicas – AME, localizado no município de Mamanguape, para agendar as consultas em tempo oportuno. No entanto, frequentemente enfrentam dificuldades para garantir o transporte dessas gestantes.

Hoje no DSEI Potiguara há a necessidade de se garantir pelo menos mais duas Vans, uma para o transporte específico de pacientes que realizam acompanhamento nos CAPS, e outra van para o transporte específico de gestantes acompanhadas no AME.

Quadro 19 - Estabelecimentos de saúde para apoio diagnóstico, média e alta complexidade em área de abrangência do Polo base

NOME DO ESTABELECIMENTO	CNES	POLO BASE QUE ATENDE	TIPO DE ESPECIALIDADE	REFERÊNCIA POLO BASE	HABILITAÇÃO AO IAEPI
PRONTO ATENDIMENTO DE BAÍA DA TRAIÇÃO	9799141	POLO BAÍA	PRONTO ATENDIMENTO	POLO BAÍA	NÃO TEM PERFIL
PRONTO ATENDIMENTO 24 H ELZA FERNANDES DA SILVA	2592835	POLO RIO TINTO	PRONTO ATENDIMENTO	POLO RIO TINTO	NÃO TEM PERFIL
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU RIO TINTO	7297920	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRÉ-HOSPITALAR NA AREA DE URGÊNCIA	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	NÃO TEM PERFIL
CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS DR RAUL NOBREGA FILHO	2607786	POLO RIO TINTO	CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	POLO RIO TINTO	APRESENTADO PROPOSTA AO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE RIO TINTO	6633188	POLO RIO TINTO	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	APRESENTADO PROPOSTA AO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
POLICLÍNICA	535737	POLO RIO TINTO	POLICLÍNICA	POLO RIO TINTO	
POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA PAM DE MAMANGUAPE (AME)	2597349	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	INICIAR ARTICULAÇÃO
CAPS AD III REGIONAL VALE DO MAMANGUAPE	7654553	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	APRESENTADO PROPOSTA EM REUNIÃO DA CIR/ AGUARDANDO
CAPS INFANTO JUVENIL DE MATARACA	7680457	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	APRESENTADO PROPOSTA EM REUNIÃO DA CIR/ AGUARDANDO

<b>NOME DO ESTABELECIMENTO</b>	<b>CNES</b>	<b>POLO BASE QUE ATENDE</b>	<b>TIPO DE ESPECIALIDADE</b>	<b>REFERÊNCIA POLO BASE</b>	<b>HABILITAÇÃO AO IAEPI</b>
HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE	7666772	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	HOSPITAL GERAL	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	APRESENTADO PROPOSTA EM REUNIÃO COM DIRETOR GERAL DO HGM/ AGUARDANDO
MATERNIDADE CÂNDIDA VARGAS	2399644	MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB	MATERNIDADE	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	INICIAR ARTICULAÇÃO
MATERNIDADE FREI DAMIÃO	2707527	MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB	MATERNIDADE	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	INICIAR ARTICULAÇÃO
COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	2399628	MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB	HOSPITAL	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	INICIAR ARTICULAÇÃO
HOSPITAL EDSON RAMALHO	2400324	MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB	HOSPITAL GERAL	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	APRESENTADO PROPOSTA AO DIRETOR ADM/ AGUARDANDO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA	2593262	MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB	HOSPITAL GERAL	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	INICIAR ARTICULAÇÃO
HOSPITAL INFANTIL ARLINDA MARQUES	2399318	MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB	HOSPITAL GERAL	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	INICIAR ARTICULAÇÃO

NOME DO ESTABELECIMENTO	CNES	POLO BASE QUE ATENDE	TIPO DE ESPECIALIDADE	REFERÊNCIA POLO BASE	HABILITAÇÃO AO IAEPI
HOSPITAL MUNICIPAL SANTA ISABEL	2399555	MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB	HOSPITAL GERAL	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	INICIAR ARTICULAÇÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY	2400243	MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB	HOSPITAL GERAL	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	INICIAR ARTICULAÇÃO
HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO	2399776	MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB	HOSPITAL GERAL	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	INICIAR ARTICULAÇÃO
UNIRIM / NEFRUSA		MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB	CLÍNICA DE HEMODIÁLISE	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	ESTUDAR PERFIL
HOSPITAL METROPOLITANO DOM JOSE MARIA PIRES	9467718	MUNICÍPIO DE SANTA RITA - PB	HOSPITAL GERAL	POLO BAÍA/ POLO MARCAÇÃO/ POLO RIO TINTO	INICIAR ARTICULAÇÃO

Fonte: DIASI, 2023

### 5.3 Gestão do Trabalho e educação na saúde

Apresentar a força de trabalho atual e a necessidade de ampliação, apresentando o dimensionamento de Recursos Humanos de todas as categorias, seja servidor, conveniado ou terceirizado.

#### 5.3.1 Força de Trabalho

Quadro 20 - Demonstrativo geral de recursos humano existente no DSEI

Recurso Humano	LOTAÇÃO					
	Total	PB tipo II	Sede SEI	Convênio	Terceirizada	Mais Médicos
Médico (a)	8	8	0	1	0	7
Enfermeiro(a)	19	11	8	18	1	0
Cirurgião Dentista	9	8	1	9	0	0
Auxiliar de Saúde Bucal	8	8		8	0	0
Farmacêutico	4	3	1	4	0	0
Técnico de Enfermagem	44	37	7	44	0	0
Agente de Endemias	3	3	0	3	0	0
Técnico de Laboratório	2	2	0	2	0	0
Agente Indígena de Saúde	51	51	0	51	0	0
AISAN	45	45	0	45	0	0
Nutricionista	3	2	1	3	0	0
Assist Social	3	2	1	3	0	0
Psicólogo	4	3	1	4	0	0
Apoiador de Saúde	1	1	1	1	0	0
Engenheiro Civil	1	1		1	0	0
Eletrotécnico	2	1	1	2	0	0
Técnico em Edificações	1		1	1	0	0
Engenheiro de Saneamento	1	1	1	0	0	0
Apoiador em Saneamento	1	1	1	0	0	0
Gestora em Saneamento Ambiental	1		1	0	0	0
Técnico Administrativo	14	1	13	0	14	0
Vigilante	10	6	4	0	10	0
Auxiliar de Serviços Geral	29	26	3	0	29	0

Recurso Humano	LOTAÇÃO					
	Total	PB tipo II	Sede SEI	Convênio	Terceirizada	Mais Médicos
Servidor Público	12	0	12	12	0	0
Motorista	32	29	3	0	32	0
Assessor Indígena	2	2	0	2	0	0
Sec. Executiva do CONDISI	1	0	1	1	0	0

Fonte: SESAI-RH, 2023.

Quadro 21 - Capacidade de EMSI instalada atualmente

POLO BASE	EMSI	PERFIL DAS EMSI							
		Enf.	Médico	Odontólogo	Téc. Enf.	ASB/TSB	AIS	AIS AN	Aldeias Atendidas
Baia da Traição	EMSI 1	1	1	1	7	1	6	6	Forte, Alto do Tambá, Cumaru, Lagoa da Mato.
	EMSI 2	1	1	1	4	1	6	7	São Miguel, Benfica, Bento, Silva, Akajutibiró.
	EMSI 3	1	1	1	5	1	6	5	São Francisco, Santa Rita, Tracoeira, Laranjeira.
Marcação	EMSI 1	1	1	1	5	1	6	6	Tramataia, Camurupim, Val, Coqueirinho.
	EMSI 2	1	1	1	7	1	8	7	Brejinho, Carneira, Jacaré de Cezar, Grupiuna, Cândidos, Estiva Velha.
	EMSI 3	1	1	1	4	1	6	7	Jacaré de São Domingos, Três Rios, Lagoa Grande, Ybikuara.

Rio Tinto	EMSI 1	3	1	1	3	1	5	2	Mont-Mor, Itaepe.
	EMSI 2	3	1	1	3	1	6	4	Jaraguá, Silva de Belém, Mata Escura, Vitória, Barra de Gramame.

Fonte: DIASI DSEI Potiguara, 2023.

Quadro 22 - Demonstrativo da necessidade de ampliação de recursos humano do DSEI

Recurso Humano	Polo Base tipo II	DSEI	Total	Programação			
				2024	2025	2026	2027
Agente Indígena de Saúde (AIS)	Rio Tinto						
	Itaepe		01	01			
	Mont-Mor		01		01		
	Jaraguá		01	01			
	Silva de Belém		01		01		
	Marcação						
	Três Rios		01	01			
	Lagoa Grande		01	01			
	Cumaru		01		01		
	Akajutibiró		01	01			
São Miguel		01	01				
Agente Indígena de Saneamento (AISAN)	Aldeia Vitória		01	01			
	Barra de Gramame		01	01			
Enfermeiro	Tabajara		01	01			
Enfermeiro		02	02	02			
Enfermeiro(a) com qualificação em epidemiologia		01	01	01			
Técnico de Enfermagem	Jaraguá		01	01			
	Tabajara		01	01			
	Mont-Mor		01	01			
	Marcação						
	Três Rios		01	01			
	Baía da Traição						
	São Miguel		01	01			
Benfica		01	04				
Cirurgião Dentista	Tabajara		01	01			
Auxiliar de Saúde Bucal	Tabajara		01	01			
Assistente Social	Tabajara		01	01			
Médico (a)	Tabajara		01	01			
Farmacêutico	Polo Base de Marcação		01	01			
Nutricionista	Tabajara		01	01			

Recurso Humano	Polo Base tipo II	DSEI	Total	Programação			
				2024	2025	2026	2027
Engenheiro Civil		01	01	01			
Fisioterapeuta	Baía da Traição		01	01			
	Marcação		01	01			
	Rio Tinto		01	01			

Fonte: DIASI DSEI Potiguara, 2023.

### 5.3.2 Qualificação profissional

Quadro 23 - Número de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural (PPA).

Categoria	2020	2021	2022	2023
Médico	5	6	8	8
Enfermeiro	12	18	17	18
Cirurgião dentista	7	8	9	9
Técnico em enfermagem	41	39	42	48
Auxiliar de saúde bucal	9	9	9	9
Agente indígena de saúde	47	40	48	50
Agente indígena de saneamento	12	18	32	47

Fonte: DIASI DSEI Potiguara, 2020 a 2023.

Quadro 24 - Número de trabalhadores de atenção qualificados para o aprimoramento do trabalho em saúde.

Categoria	2020	2021	2022	2023
Médico	4	5	6	8
Enfermeiro	12	15	16	18
Cirurgião dentista	9	9	9	9
Técnico em enfermagem	22	27	42	48
Auxiliar de saúde bucal	9	9	9	9
Agente indígena de saúde	47	49	50	0
Agente indígena de saneamento	12	10	0	0

Fonte: DIASI DSEI Potiguara, 2020 a 2023.

## 5.4 Infraestrutura de Saneamento

Quadro 25 - Caracterização das aldeias sobre infraestrutura de saneamento

Polo Base	Nº de Aldeias	Nº de aldeias com coleta de Resíduos pela prefeitura	Nº de aldeias que destinam seus resíduos orgânicos para compostagem ou alimentação animal	Nº de aldeias que realizam a queima de resíduos na aldeia	Nº de aldeias com infraestrutura de água	Nº de aldeias com Esgotamento Sanitário adequado
Baía da Traição	13	7	0	6	13	0
Marcação	15	6	3*	8*	14	0
Rio Tinto	7	3	2*	4*	6	0
Total	35	16	5	18	33	0

Fonte: SESANI DSEI Potiguara, 2023.

Nota\*: Vale salientar que algumas aldeias praticam ambas as atividades de destinação de resíduos: compostagem ou alimentação animal, além da queima.

Quadro 26 - Tecnologias de tratamento de água mais utilizada

Polo Base	Nº de Aldeias	Nº de aldeias com clorador	Nº de aldeias sem tratamento	Nº de aldeias atendidas por concessionária	Nº de aldeias com tratamento por hipoclorito
Baía da Traição	13	11*	0	2*	3*
Marcação	15	13*	0	0	2*
Rio Tinto	7	4	0	1	3*
Total	35	35	0	3	8

Fonte: SESANI DSEI Potiguara, 2023.

Nota\*: Vale salientar que algumas aldeias praticam mais de uma atividade de tratamento de água: clorador, hipoclorito e atendidas por concessionária.

Quadro 27 - Tecnologias de tratamento e disposição final de esgotamento mais utilizada (adaptar quadro a realidade do Distrito)

Polo Base	Nº de Aldeias	Nº de aldeias com fossa séptica e sumidouro	Nº de Aldeias com tanque de evapotranspiração	Nº de aldeias com fossas rudimentares	Nº de aldeias atendidas por concessionária	Nº de aldeias corpos hídricos
Baía da Traição	13	0	0	13	0	0
Marcação	15	0	0	15	0	0
Rio Tinto	7	0	0	7	0	0
Total	35	0	0	35	0	0

Fonte: SESANI DSEI Potiguara, 2023.

Quadro 28 - Previsão de implantação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia, 2024 a 2027

Polo Base	Aldeia	Pop.	Ano de previsão da implantação de infraestrutura de água
Marcação	Coqueirinho	123	2024
Baía da Traição	Benfica	236	2025
Marcação	Val	160	2026
Rio Tinto	Itaepe	94	2027

Fonte: SESANI, 2023.

Quadro 29 - Previsão de reforma e/ou ampliação de infraestrutura de abastecimento de água por aldeia

Polo Base	Aldeia	População	Ano de previsão da implantação de infraestrutura de água
Marcação	Tramataia	1216	2024
Baía da Traição	Forte	683	2024
Baía da Traição	Alto do Tambá	830	2024
Baía da Traição	São Miguel	1077	2024
Marcação	Carneira	109	2024
Baía da Traição	Cumaru	331	2024
Rio Tinto	Silva de Belém	507	2024
Rio Tinto	Mata Escura	49	2024
Rio Tinto	Jaraguá	1534	2025
Marcação	Lagoa Grande	623	2025
Marcação	Brejinho	482	2025
Marcação	Graipiúna	308	2025
Marcação	Três Rios	1052	2025
Baía da Traição	Traíçoeira	213	2025
Baía da Traição	São Francisco	1040	2025
Baía da Traição	Laranjeiras	268	2025
Marcação	Jacaré de São Domingos	479	2026
Marcação	Camurupim	746	2026
Marcação	Caeira	481	2026
Marcação	Jacaré de César	253	2026
Marcação	Estiva Velha	468	2026

<b>Polo Base</b>	<b>Aldeia</b>	<b>População</b>	<b>Ano de previsão da implantação de infraestrutura de água</b>
Marcação	Cândido	87	2026
Baía da Traição	Lagoa do Mato	131	2026
Baía da Traição	Santa Rita	255	2026
Baía da Traição	Bento	68	2026
Baía da Traição	Akajutibiró	613	2026
Baía da Traição	Silva da Estrada	253	2027
Marcação	Ybykuara	341	2027
Rio Tinto	Barra de Gramame	46	2027
Rio Tinto	Vitória	86	2027

Fonte: SESANI, 2023

Quadro 30 - Previsão de sistema de esgotamento sanitário por aldeia

<b>Polo Base</b>	<b>Aldeia</b>	<b>População</b>	<b>Ano de previsão de implantação de infraestrutura e esgotamento sanitário</b>
Rio Tinto	Mont-mor	2.307	2027

Fonte: SESANI, 2023

## 5.5 Meio de Transporte

### 5.5.1 Plano de Transporte

O Setor de Transporte elaborou o seu Plano de Transporte em 2015, porém não está atualizado. Entretanto, adota medidas que visam o controle dos processos de trabalho no setor, como: planilhas de controle de combustível, organização diária dos Boletins Diários de Tráfego (BDT), *checklist* de veículos, planilhas de controle de diárias relacionadas aos deslocamentos dos motoristas entre municípios. Operacionalização de acesso diário aos sistemas: SEI para processos de pagamento e diárias de servidor e atendimento às solicitações de veículos; Sistema Valecard, para distribuição diária de saldos nos cartões de abastecimento, análise de consumo de combustível, segunda via de senha para motoristas; Sistema Prime, na abertura de Ordens de Serviços, replicação de OS nas pesquisas de preço, aprovação dos serviços e finalização das OS, além do processo de fiscalização da manutenção dos veículos; *web rota*, realiza o monitoramento por satélite da frota própria do DSEI; Gtruck.

Monitoramento por GPS dos veículos locados da empresa Localiza; Abertura de processo de acompanhamento das manutenções dos veículos locados, via WhatsApp e E-mail; Abertura de Processo para acompanhamento das multas de trânsito; diariamente também são realizadas atividades de impressão e digitalização de BDT, entre outros serviços correlatos ao controle de veículos.

Quadro 31 - Caracterização do meio de transporte entre as unidades de abrangência do DSEI

POLO BASE	DISTÂNCIA DA SEDE DO DSEI AO POLO BASE	ALDEIAS	DISTÂNCIA DO POLO BASE À ALDEIA	ACESSO TERRESTRE	OBSERVAÇÕES DO ACESSO
BAÍA DA TRAIÇÃO	100 km	Akajutibiró	4 km	X	Acesso 3,9 km por estrada pavimentada e 0,1 km por estrada de terra
		Alto do Tambá	2 km	X	Acesso 0,1 km por estrada pavimentada e 1,9 km por estrada de terra
		Benfica	2,5 km	X	Acesso 0,1 km por estrada pavimentada e 2,4 km por estrada de terra
		Bento	19 km	X	Acesso 1,5 km por estrada pavimentada e 17,5 km por estrada de terra
		Cumarú	9,5 km	X	Acesso 0,1 km por estrada pavimentada e 9,4 km por estrada de terra
		Forte (Polo Base)	0 km	X	
		Lagoa do Mato	6,5 km	X	Acesso 0,1 km por estrada pavimentada e 6,4 km por estrada de terra
		Laranjeira	10,5 km	X	Acesso 0,1 km por estrada

POLO BASE	DISTÂNCIA DA SEDE DO DSEI AO POLO BASE	ALDEIAS	DISTÂNCIA DO POLO BASE À ALDEIA	ACESSO TERRESTRE	OBSERVAÇÕES DO ACESSO
					pavimentada e 10,4 km por estrada de terra
		Santa Rita	14.5 km	X	Acesso 0,1 km por estrada pavimentada e 14,4 km por estrada de terra
		São Francisco	6 km	X	Acesso 0,1 km por estrada pavimentada e 5,9 km por estrada de terra
		São Miguel	2.5 km	X	Acesso 1 km por estrada pavimentada e 1,5 km por estrada de terra
		Silva	22 km	X	Acesso 0,1 km por estrada pavimentada e 21,9 km por estrada de terra
		Tracoeira	16.5 km	X	Acesso 0,1 km por estrada pavimentada e 16,4 km por estrada de terra
Marcação	75 km	Brejinho	7 km	X	Acesso 6 km de asfalto e 1 km por estrada de terra
		Caeira (Polo Base)	0 km	X	
		Camurupim	4.5 km	X	Acesso 0,5 km de asfalto e 4 km por estrada de terra
		Cândido	20 km	X	Acesso 6 km de asfalto e 14 km por estrada de terra
		Carneira	9 km	X	Acesso 6 km de asfalto e 3 km por estrada de terra
		Coqueirinho	5,5 km	X	Acesso 1,5 km de asfalto e 4 km por estrada de terra
		Estiva Velha	13 km	X	Acesso 6 km de asfalto e 8 km por estrada de terra

POLO BASE	DISTÂNCIA DA SEDE DO DSEI AO POLO BASE	ALDEIAS	DISTÂNCIA DO POLO BASE À ALDEIA	ACESSO TERRESTRE	OBSERVAÇÕES DO ACESSO
		Grupiúna	15 km	X	Acesso 6 km de asfalto e 9 km por estrada de terra
		Jacaré de Cesar	8 km	X	Acesso 6 km de asfalto e 2 km por estrada de terra
		Jacaré de São Domingos	22 km	X	Acesso 17 km de asfalto e 5 km por estrada de terra
		Lagoa Grande	12 km	X	Acesso 11 km de asfalto e 1 km por estrada de terra
		Tramataia	9 km	X	Acesso 6 km de asfalto e 3 km por estrada de terra
		Três Rios	10 km	X	Acesso 9 km de asfalto e 1 km por estrada de terra
		Val	3,5 km	X	Acesso 2 km de asfalto e 1,5 km por estrada de terra
		Ybykuara	10 km	X	Acesso 8 km de asfalto e 2 km por estrada de terra
Rio Tinto	65 km	Itaepe	45 km	X	Acesso 15 km de asfalto e 30 km por estrada de terra
		Jaraguá	2 km	X	Acesso 1 km de asfalto e 1 km por estrada pavimentada
		Mata Escura	32 km	X	Acesso 15 km de asfalto e 17 km por estrada de terra
		Mont-Mor (Polo Base)	0 km	X	
		Silva de Belém	26 km	X	Acesso 15 km de asfalto e 11 km por estrada de terra
		Barra de Gramame (Município do Conde)	89 km	X	Acesso 88,2 km de asfalto e 0,8 km por estrada de terra
		Vitória (Município do Conde)	86 km	X	Acesso 78,9 km de asfalto e 7,1 km por estrada de terra

Fonte: SESANI, 2023.

**5.5.2. Monitoramento e acompanhamento dos contratos administrativos relacionados ao transporte (contratos de locação de veículos e/ou embarcações, horas-voo, mão de obra de condutores, sejam motoristas ou pilotos fluviais, manutenção de veículos e/ou embarcações, entre outros)**

O Setor de Transporte do DSEI Potiguara organiza o serviço por meio de instrumentos de trabalho que auxiliam na logística da frota de veículos para atendimento aos usuários e equipes, no controle de abastecimento de combustíveis, na manutenção de veículos e nas diárias de motoristas, como: planilhas em Excel, Processos no SEI, utilização de Sistemas próprios das empresas contratadas, além da comunicação constante através de E-mail, grupos de *WhatsApp*; *Teams*, contato telefônico.

Como parte da organização do serviço, são realizadas reuniões mensais com as equipes de motoristas, responsáveis técnicos dos Polos Base, colaboradores e empresa responsável pela contratação de motoristas, visando a resolução de problemas e ajustes nas condutas dos profissionais para a boa gestão da frota e realização eficiente do serviço de transporte.

São realizadas, ainda, reuniões periódicas com as empresas contratadas, para ajuste das condutas em relação à prestação de serviços, de locação de veículos, contratação de motoristas, abastecimento de combustíveis, monitoramento da frota via satélite, etc.

Quadro 32 - Caracterização do acesso às aldeias por tipo de transporte no DSEI

Meios de Acesso às aldeias indígenas	Número de aldeias	Percentual de aldeias
Fluvial	0	0%
Terrestre	31	100%
Aéreo	0	0%
Misto (fluvial/terrestre/aéreo, etc.)	0	0%
Total de aldeias	35	100%

Fonte: SESANI, 2023.

### 5.5.3. Equipe de transporte estruturada

O DSEI Potiguara possui uma equipe de transporte estruturada, distribuída em dois setores articulados entre si:

**Setor de Transporte da Sede do DSEI**, que conta com uma equipe composta por:

- 1 servidora Administradora, responsável pelo Setor de Transporte (Fiscal do Contrato de Abastecimento de Combustíveis, Fiscal Substituta da Prime para manutenção de veículos e de Locação de mão de obra de motoristas);
- 2 Auxiliares Administrativos (terceirizados), auxiliam no acompanhamento dos contratos, elaboração de documentos no SEI, organização da logística dos veículos para remoção de pacientes entre a sede do DSEI e as unidades de saúde de média e alta complexidade da capital e outras cidades, deslocamento das equipes para atividades nos Polos Base e aldeias ou para instituições parceiras, organização e acompanhamento de manutenção de veículos, abastecimento, além de organizar e controlar toda documentação necessária para controle da frota do DSEI; 1 servidor (cargo de mecânico) que atua como Fiscal titular do Contrato de Manutenção de Veículos (Empresa Prime), acompanhando e fiscalizando os serviços de manutenção de veículos nas oficinas mecânicas, além de prestar socorro mecânico, quando necessário; 5 motoristas (terceirizados), que conduzem os veículos na remoção de pacientes para referências de média e alta complexidade, além de conduzir equipes para regulação (marcação de exames) e deslocamento de equipes da sede do DSEI em viagens; 1 Guarda de Endemias e 2 Agentes de Saúde Pública, servidores que acompanham as equipes em área.

**Setor de Transporte Descentralizado** a equipe é formada por:

- 1 (uma) Auxiliar Administrativa (terceirizada), responsável pela organização da logística dos veículos e acompanhamento dos motoristas em área. Diariamente, faz a escalada dos veículos para deslocamento de pacientes referenciados para média e alta complexidade, e nos deslocamentos das equipes para atendimento nas aldeias. Comunica à sede do DSEI sobre

necessidade de manutenção de veículos, problemas de abastecimento, além de organizar e controlar toda documentação necessária para controle da frota em área, como BDT, diárias de motoristas;

- 30 motoristas, sendo: 12 contratados por plantão 12X36 horas, divididos em 3 postos de trabalho, um em cada Polo Base. Os outros 18 motoristas ocupam postos de trabalho 44 horas. Dos 35 motoristas terceirizados, 4 são contratados como categoria D e 31 categoria B.

Quadro 33 - Número de veículos e equipamentos de transporte por tipo

Tipo	Quant.	Previsão Anual da necessidade
Picape	20	21 (Substituição de 9 veículos tipo Picape que estão se tornando antieconômicos, portanto, considerados inservíveis em 2024) e aquisição de mais 1 veículo em 2024 para o SESANI
Carro de Passeio	5	6 (Aquisição de mais 1 (um) veículo de passeio e substituição de 5 (cinco) sendo considerados inservíveis, devido terem se tornado antieconômicos em 2024)
Van / utilitário	3	4 (Aquisição de mais um veículo tipo Van em 2024)
Caminhão	1	1 (substituição em 2025, por ser considerado antieconômico)
Ônibus / Micro-ônibus	1	1 (aquisição, em 2024, de um veículo microônibus, para substituição do atual, sendo considerado antieconômico, portanto, inservível)
Veículo Unidade Móvel Odontologia com reboque	1	1 (substituição em 2025, por ser considerado antieconômico)

Fonte: SELOG DSEI Potiguara, 2023.

## 5.6 Insumos e recursos para execução das ações de saúde (planilha anexo).

### 5.7 Controle Social

O Controle Social na área circunscrita do DSEI Potiguara é realizado através dos Conselhos Locais e Conselho Distrital.

Com caráter consultivo, o Conselho Local de Saúde Indígena, é composto apenas por indígenas, com representação de todas as aldeias de sua área de abrangência. São 04 conselhos locais com o total de 81 conselheiros. Dentre as atribuições, destacam-se: manifestar-se sobre as ações e os serviços de saúde necessários à comunidade; avaliar a execução das ações de saúde na região de

abrangência do conselho; eleger conselheiros para o Conselho Distrital de Saúde Indígena e para os Conselhos Municipais, se for o caso; e elaborar recomendações ao Conselho Distrital de Saúde Indígena, por intermédio dos conselheiros indicados.

O Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI, é responsável pelo acompanhamento, fiscalização e deliberação da política de saúde indígena; órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, instituídos no âmbito do DSEI, entre suas atribuições estão: participar da elaboração do Plano Distrital de Saúde Indígena, bem como acompanhar e avaliar a sua execução; avaliar a execução das ações de atenção integral à saúde indígena; apreciar e emitir parecer sobre a prestação de contas dos órgãos e instituições executoras das ações e dos serviços de atenção integral à saúde indígena. O DSEI conta com 01 conselho distrital com o total de 48 conselheiros.

Quadro 34 - Total de conselheiros locais, distritais e assessor indígena no DSEI

Descrição	Total
Conselheiro Local	81
Conselheiro Distrital	48
Assessor Indígena	2

Fonte: CONDISI DSEI Potiguara, 2023.

Quadro 35 - Previsão de capacitação anual de conselheiros distritais do DSEI

Capacitação	2024	2025	2026	2027
Conselheiro Distrital	01	01	01	01
Conselheiro Local	01	01	01	01

Fonte: CONDISI DSEI Potiguara, 2024 a 2027.

O plano de previsão de reuniões anuais (local e distrital) é feito por elaboração de cronograma com as previsões de atividades do controle social, anualmente. A atuação no CNS se dá mediante vaga destinada ao FPCONDISI, as vagas de conselhos municipais e estaduais de saúde estão em fase de articulação.

Atualmente a atuação do Controle Social nas esferas dos governos municipais

e estadual, isto é, assentos nas reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e Conselho Estadual de Saúde (CES), encontram-se em fase de construção.

Quadro 36 - Previsão de reuniões dos conselhos locais de saúde

Reuniões:	Total de Participantes	Local	Período/Quantidade			
			2024	2025	2026	2027
CLSI	81	Aldeias da área de abrangência do DSEI Potiguara	02	02	02	02
CONDISI	42	Sede ou Aldeias da área de abrangência do DSEI Potiguara	02	02	02	02
Total Anual			04	04	04	04

Fonte: CONDISI DSEI Potiguara, 2024 a 2027.

A operacionalização, o acompanhamento e o monitoramento da efetividade das ações de atenção integral nas aldeias, bem como o acompanhamento da execução financeira é realizado através de prestações de contas do DSEI Potiguara, a comissões do CONDISI, criadas para esse fim e relatórios técnicos do SICONV, conforme demanda local. Além disso, ocorrem prestações de contas, de todos os setores componentes do DSEI Potiguara, anualmente apresentadas em reuniões ordinárias do CONDISI.

Quadro 37 - Previsão de reuniões dos CLSI e CONDISI

Reuniões	Participantes	Local	Período/Data			
			2024	2025	2026	2027
CLSI – Baía da Traição	25	Aldeias da área de abrangência do Polo Base	-1° trimestre -3° trimestre	-1° trimestre -3° trimestre	-1° trimestre -3° trimestre	-1° trimestre -3° trimestre
CLSI – Marcação	34	Aldeias da área de abrangência do Polo Base	-1° trimestre -3° trimestre	-1° trimestre -3° trimestre	-1° trimestre -3° trimestre	-1° trimestre -3° trimestre
CLSI – Rio Tinto	12	Aldeias da área de abrangência do Polo Base	-1° trimestre -3° trimestre	-1° trimestre -3° trimestre	-1° trimestre -3° trimestre	-1° trimestre -3° trimestre

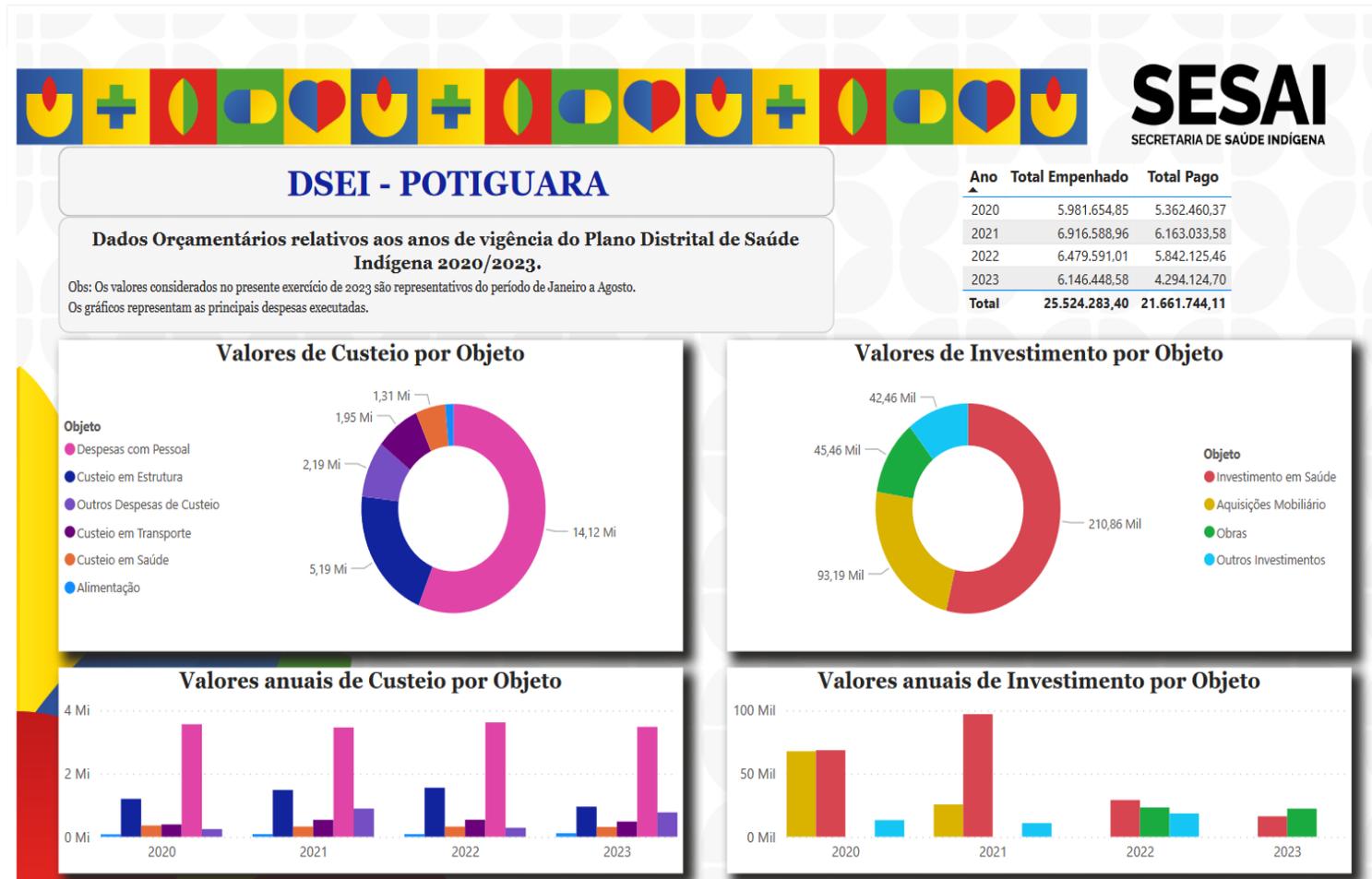
Reuniões	Participantes	Local	Período/Data			
			2024	2025	2026	2027
CLSI – Conde	10	Aldeias da área de abrangência do Polo Base	-1° trimestre -3° trimestre	-1° trimestre -3° trimestre	-1° trimestre -3° trimestre	-1° trimestre -3° trimestre
CONDISI	42	Sede ou Aldeias da área de abrangência do DSEI Potiguara	-2° trimestre -4° trimestre	-2° trimestre -4° trimestre	-2° trimestre -4° trimestre	-2° trimestre -4° trimestre

Fonte: CONDISI DSEI Potiguara, 2024 a 2027.

## 5.8 Recursos financeiros

A figura a seguir apresenta os dados de recursos financeiros de custeio e investimento por objeto.

Figura 7 - Valores de custeio e investimento por objeto, DSEI Potiguara



Fonte: SESAI, 2023.

## 6. .AVALIAÇÃO DO PDSI 2020-2023

A avaliação dos resultados ocorreu de janeiro de 2020 a julho de 2023, período durante o qual a série histórica registrou a assistência oferecida à população indígena do DSEI Potiguara. Foram analisadas as metas estabelecidas e atingidas nos 20 indicadores acordados no Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI), que abrange áreas de saúde, saneamento e controle social, assim como o desempenho em relação às metas preconizadas.

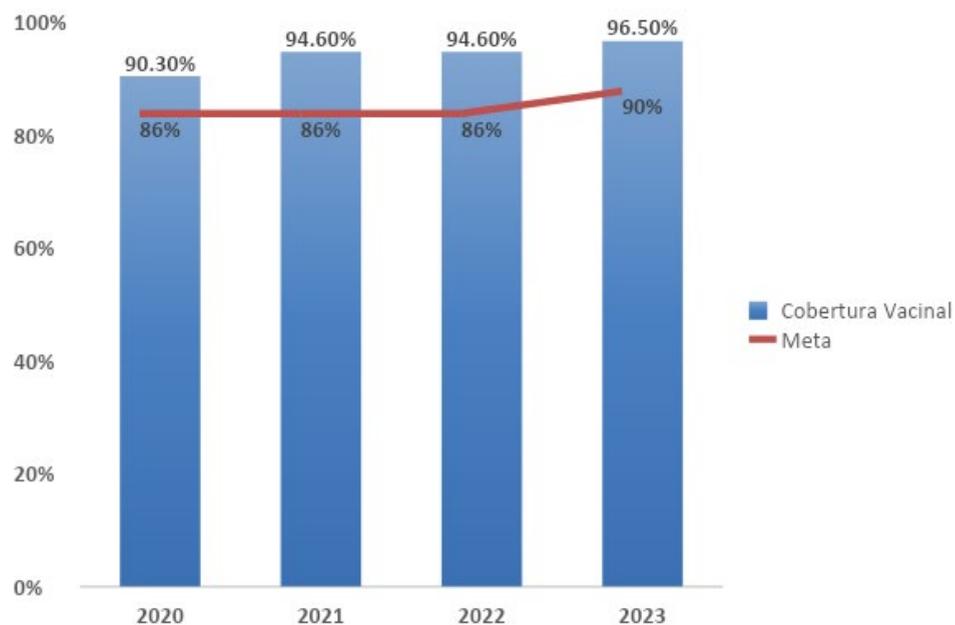
O Plano Distrital de Saúde Indígena 2020 - 2023 é um instrumento de direção estratégica e de gestão, referenciado pelo controle social, para avaliar a saúde indígena dos povos assistidos pelo DSEI Potiguara.

### 6.1 DIASI

#### Atenção à Saúde

**Estratégia 1:** Qualificação das ações e equipes de saúde indígena que atuam no DSEI, SESAI.

**Gráfico 11. E.1. R.1. Alcançar em 2023, 90% das crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo com calendário de vacinação**

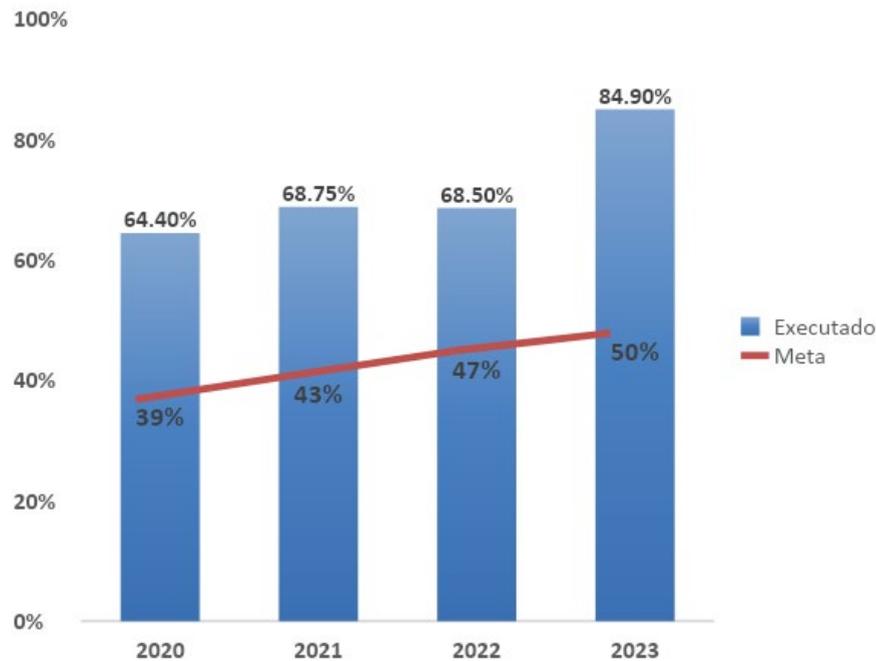


Fonte: DSEI, 2023.

**Análise Crítica:** A meta pactuada para crianças menores de 5 anos com esquema vacinal completo no quadriênio de 2020 a 2023, de 90%, foi alcançada. Esse mesmo período analisado, culminou com a pandemia da COVID-19, sendo necessário a criação de estratégias para o alcance das metas de forma eficaz, em virtude da redução dos atendimentos naquela época. Destacam-se dentre as estratégias:

- A elaboração de cronogramas pelas EMSI (Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena) com horários e agendamentos diferenciados para vacinação e avaliação das cadernetas durante as consultas de puericultura, evitando as aglomerações seguindo os protocolos de segurança de acordo com a OMS;
- A intensificação da busca ativa das crianças é realizada pelos profissionais AIS (Agentes Indígenas de Saúde) e os técnicos (as) de enfermagem. Em casos excepcionais, a vacinação era realizada em domicílio;
- As capacitações em sala de vacina, realizadas nos anos de: 2022 com carga horária de 40 h semanais e em 2023, atualização em sala de vacina com carga horária de 24 h associando as novas teorias com as práticas cotidianas. As qualificações foram ofertadas para os profissionais das respectivas categorias: técnicos (as) e enfermeiros (as), presencialmente. Em 2020, foram ofertadas atividades de educação em saúde – qualificação de forma EaD;
- A estruturação da cadeia de frio nos Polos Bases. Atualmente apenas um polo base encontra-se com uma sala de vacina ativa (PB Marcação). Os demais estão alocados na rede de frio municipal devido à falta de estrutura, impossibilitando garantir a segurança e eficácia dos imunobiológicos. No PB Marcação, as Câmaras Fria foram avaliadas e encontram-se na seguinte situação: uma em pleno funcionamento e a outra, aguardando liberação de recursos via SELOG para conserto.

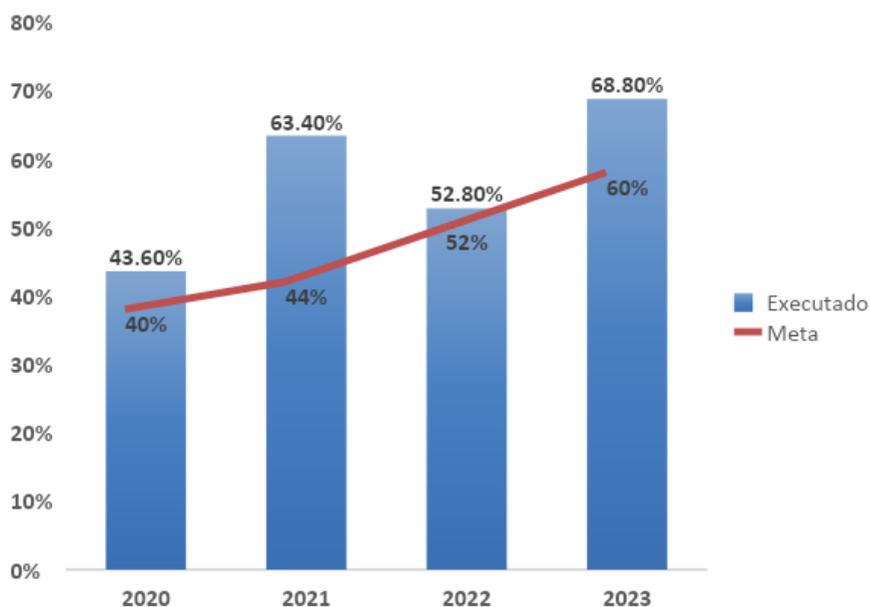
**Gráfico 12. E.1 R.2 Alcançar, em 2023, 50% das gestantes indígenas com acesso, a no mínimo, 6 ou mais consultas de pré-natal**



Fonte: DSEI, 2023.

**Análise Crítica:** Mesmo enfrentando um período crítico com a pandemia da COVID-19, levando a uma diminuição na busca pelos serviços de saúde, o DSEI Potiguara priorizou a assistência às gestantes possibilitando que as consultas mensais não fossem prejudicadas e atingisse a meta preconizada com aumento do alcance no decorrer dos anos. A assistência às gestantes no DSEI apresentam desafios para que essa cobertura seja mais ampla, como que muitas gestantes procurem o município para realizar seu pré-natal devido à oferta de alguns kits para os recém-nascidos; outras gestantes omitem a gestação e quando procuram a UBS já estão em gestação avançada (3º trimestre), bem como mudanças frequentes de endereço das gestantes (fora da aldeia). Nesse contexto, faz-se necessário garantir o acesso da gestante ao pré-natal, realizando busca ativa das faltosas, visitas domiciliares com orientações de educação em saúde e mapeamento de mulheres em idade fértil com demanda por contracepção, ofertando cuidados relacionados à saúde sexual e saúde reprodutiva das mulheres indígenas atendidas pelo DSEI.

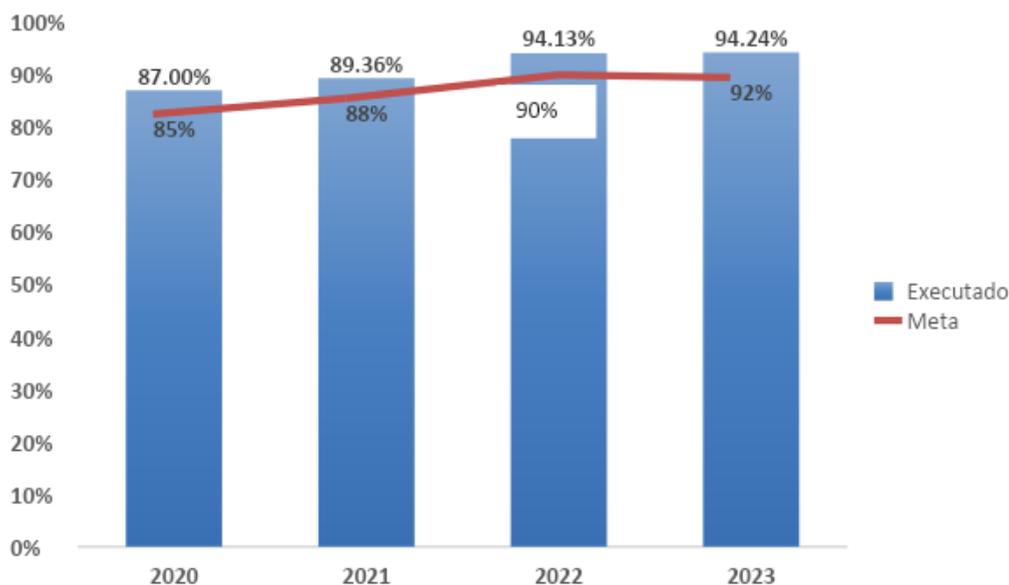
**Gráfico 13. E.1 R.3 Alcançar, em 2023, 60% das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso a consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento.**



Fonte: DSEI, 2023.

**Análise Crítica:** Em relação ao balanço analítico da Vigilância do Crescimento e Desenvolvimento Infantil (CD) de 2020 a 2023, o DSEI POTIGUARA conseguiu alcançar as metas de cobertura estabelecidas, apesar de um período desafiador devido à pandemia de COVID-19, que resultou em uma redução na procura pelos serviços. Foi dada prioridade ao acompanhamento do crescimento das crianças de 0 a 12 meses, assegurando que as consultas mensais ocorressem sem interrupções. Um desafio significativo para expandir essa cobertura é a conscientização das mães sobre a importância de levar as crianças para as consultas recomendadas, conforme o calendário nacional. Se uma consulta não for realizada ou for feita fora do período estipulado no calendário, essa criança não poderá ser contabilizada para a meta. Como estratégia, a intensificação das orientações em saúde desde o pré-natal para as mães e de busca ativa dessas crianças faltosas pelas equipes multidisciplinares para a realização de consultas e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, de modo que ela alcance a vida adulta sem influências adversas e problemas ocasionados durante a infância.

**Gráfico 14. E.1 R.4 Alcançar, em 2023, 92% das crianças indígenas menores de 5 anos com acompanhamento alimentar e nutricional**

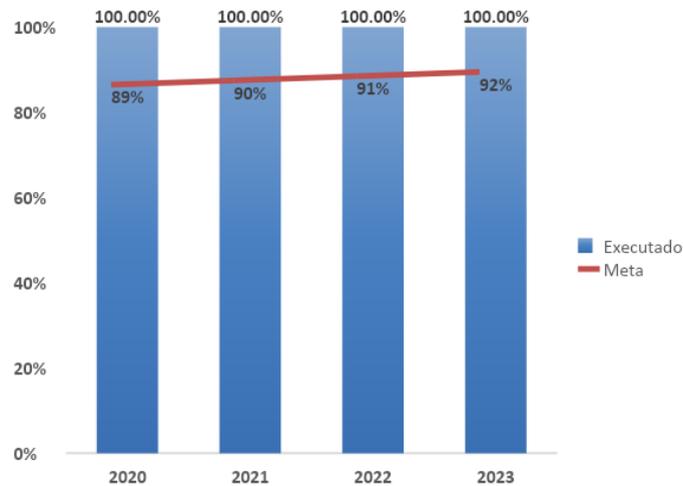


Fonte: SIASI, DSEI, 2023.

**Análise Crítica:** O monitoramento do estado nutricional indígena é realizado por meio da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), que se destaca como um instrumento crucial para avaliar as condições de saúde e qualidade de vida da população indígena. Apesar das adversidades impostas pelo cenário pandêmico de COVID-19, que resultou em uma redução significativa na demanda pelos serviços de saúde, o DSEI POTIGUARA conseguiu alcançar as metas de cobertura estabelecidas. Para que logremos com saldo positivo nos indicadores analisados, foi intensificada a busca ativa aos menores de 5 anos (grupo prioritário).

Durante o período em análise, o maior desafio enfrentado foi a conscientização dos responsáveis legais dos menores de 5 anos, para importância do acompanhamento mensal destas crianças, para seu crescimento e desenvolvimento ocorresse de forma adequada, sem comprometimento da vida na fase adulta.

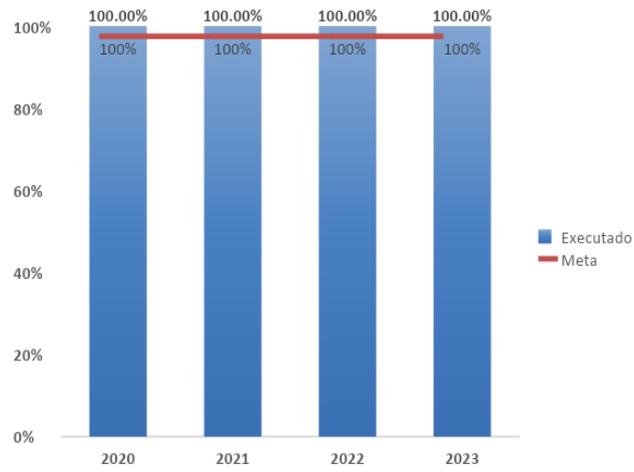
**Gráfico 15. E.1 R.5 Alcançar em 2023, 90% de investigação de óbito em crianças indígenas menores de 1 ano investigados**



Fonte: SIASI, DSEI, 2023

**Análise Crítica:** Durante o período analisado, que se refere à investigação de óbitos em indígenas menores de 1 ano e óbitos maternos (E.1 R.5 e R.6), todas as metas foram cumpridas. No entanto, a equipe enfrentou desafios relacionados à compreensão da importância da investigação dos óbitos, à ausência de registros eficazes nos prontuários, e a outros agravos significativos que exigem tempo e atenção. Além disso, o perfil migratório da comunidade, que frequentemente muda de aldeia, às vezes deixa a equipe sem conhecimento desses deslocamentos. A formalização do GTDVO no DSEI Potiguara, reunindo profissionais multidisciplinares, agilizou o processo de investigação, munindo os profissionais assistencialistas de saberes e informações pertinentes a realização da investigação em tempo hábil, assim como, realizando encontros e capacitações para tratar da pauta.

**Gráfico 16. E.1 R.6 Alcançar, em 2023, 92% dos óbitos maternos investigados**



Fonte: Painel SIASI, 2023

Quadro 38. Resultado 7 e 8. Análise do PDSI de 2020 a 2023 no DSEI Potiguara.

<b>Análise do PDSI de 2020 a 2023</b>					
<b>Indicadores</b>	<b>Ano</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>jan a out de 2023</b>
	<b>População pactuada em janeiro, no DSEI, para cálculo das metas</b>	<b>16.498</b>	<b>16.577</b>	<b>16.732</b>	<b>17.416</b>
Resultado 7 - Primeira consulta odontológica programática	Meta Pactuada pelo DSEI	45%	50%	55%	60%
	Resultados esperados	7.424	8.278	9.202	10.449
	Executado	18,32% (3.023)	32,38% (5.361)	38,47% (6.437)	48,71% (8.483)
	Alcance	40,72%	64,76%	69,95%	81,18%
Resultado 8 - Tratamento odontológico básico concluído na população com primeira consulta odontológica	Meta Pactuada pelo DSEI	55%	56%	58%	60%
	Resultados esperados	1663	3002	3306	5089
	Executado	32,15% (972)	38,35% (2.056)	51,36% (3.306)	54,33% (4.609)
	Alcance	58,46%	68,48%	88,55%	90,55%

Fonte: SISAI, 2023.

Em resposta ao cenário de 2020 e com o objetivo de prevenir ou reduzir o número de casos de COVID-19, especialmente considerando que os procedimentos realizados por profissionais de saúde bucal podem aumentar a chance de contaminação cruzada, o Ministério da Saúde recomendou a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos em 2020, permitindo apenas os atendimentos de urgências odontológicas. Secretaria Especial de Saúde Indígena, também recomendou que as ações de atenção primária continuassem a ser realizadas, à exceção da realização de atendimentos odontológicos que não configurarem urgência. De acordo com o programado no PDSI, não foi possível realizar o quantitativo de primeiras consultas e de tratamento básico concluído pactuados devido à pandemia da COVID-19 e o cenário epidemiológico do Estado da Paraíba. O ano de 2020 foi um ano bem atípico para a Odontologia devido à pandemia, impactando diretamente nas ações planejadas pelas equipes de saúde bucal, como: realizar levantamento das necessidades nas escolas e programar ações específicas de atendimentos; realizar primeiras consultas odontológicas em gestantes acompanhadas no pré-natal; realizar primeiras consultas odontológicas em hipertensos e diabéticos acompanhados no HIPERDIA; realizar primeiras consultas odontológicas em acamados e pessoas com deficiência; os atendimentos estavam restritos às urgências odontológicas. As primeiras consultas realizadas foram dos meses anteriores à pandemia e da busca ativa de grupos prioritários.

A finalidade de realizar a 1ª consulta odontológica é traçar todo o plano de tratamento do paciente para execução no decorrer do ano, mas a pandemia impediu a realização desse planejamento para ser executado, visto que os procedimentos realizados pela saúde bucal aumentavam a probabilidade de contaminação cruzada. Quanto ao tratamento concluído, as ações planejadas pelas equipes de saúde bucal também foram impactadas, como: Realizar agendamentos de acordo com a necessidade; Realização de ART nas escolas; aumentar o número de procedimentos por paciente. Os pacientes que buscavam o serviço com alguma urgência eram atendidos para aquela determinada urgência e aproveitava-se o momento de exposição para realizar outros procedimentos neste paciente, garantindo em alguns casos a finalização do tratamento.

Os anos 2021, 2022 e 2023, apesar de ainda estarmos passando por um período de pandemia do Coronavírus, algumas ações planejadas conseguiram ser realizadas parcialmente, de acordo com o cenário epidemiológico do Estado da Paraíba e do DSEI Potiguara. Houve uma evolução nos indicadores de cada ano, sugerindo que a cada cenário positivo as ações programadas eram executadas. De acordo com o cenário epidemiológico, as ações de visitas domiciliares de busca ativa do câncer de boca e busca ativa de indígenas que não buscavam o serviço eram intensificadas, garantindo dentro do possível o acesso do usuário ao serviço de saúde. A partir do momento que o usuário procurava o serviço, eram realizados outros procedimentos, tentando sempre dar celeridade nas conclusões dos tratamentos.

### **Impactos da pandemia na odontologia**

A suspensão dos atendimentos odontológicos em vários momentos, trouxe vários impactos negativos para o Programa de Saúde Bucal, aumentando a demanda reprimida na clínica Odontológica e aumentando a gravidade dos procedimentos a serem realizados, por exemplo: um elemento dentário que seria tratado com uma restauração evoluiu para uma endodontia ou cirurgia. Aumentou também o tempo de conclusão de tratamento, pois muitos pacientes passaram a ter bem mais procedimentos para serem realizados, devido ao período sem assistência odontológica.

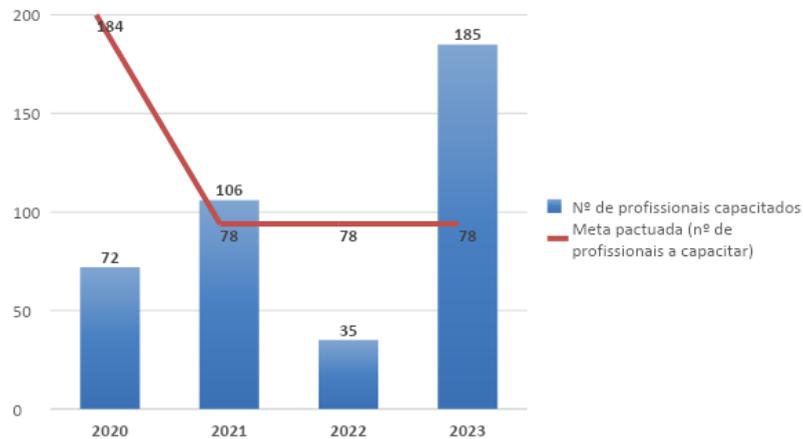
Quadro 39 - E.1 R.10 Ampliar e qualificar as ações de Vigilância Epidemiológica para Tuberculose

Ano	Nº Casos	Meta	Observação	Observação
2018	02 Incidência: 10,15%	Sem Informações	Ano base	Ano base
2020	03 Incidência: 15,82%	Meta não alcançada Justificativa: Doenças por tuberculose aumentaram durante a pandemia da COVID-19 segundo a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e em nosso território não foi diferente do cenário mundial.	Redução de 2% com base no PDSI	5,67% com base na incidência
2021	04 Incidência: 21,44%	Meta não alcançada Justificativa: Doenças por tuberculose aumentaram durante a pandemia da COVID-19 segundo a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e em nosso território não foi diferente do cenário mundial.	Redução de 4% com base no PDSI	11,29% com base na incidência
2022	04 Incidência: 21,96%	Meta não alcançada Justificativa: A maioria dos casos notificados (3) foi de uma mesma família de difícil acesso e resistente ao tratamento. Ações realizadas para o caso: 1 - Reunião com município, DIASI, CREAS, Conselho Local e Conselho tutelar para traçar metas; 2 – Relatórios sobre o caso enviado ao Ministério Público; 3 – Acompanhamento de pacientes ao Hospital de Referência para consultas; 4 – Visita domiciliar rotineira da EMSI no domicílio; 5 – Busca ativa dos casos e contatos.	Redução de 6% com base no PDSI	11,81% com base na incidência
2023	00 Incidência: 0	Meta alcançada	Redução de 8% com base no PDSI	0%

Fonte: DSEI, 2023.

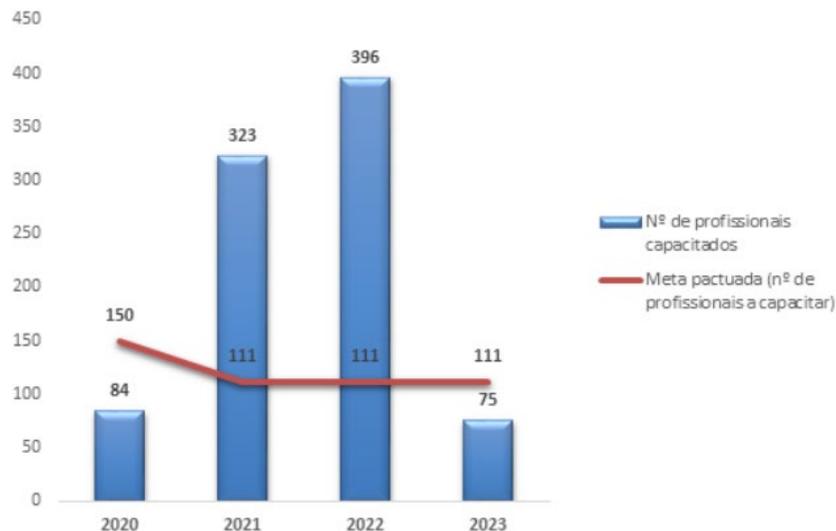
**E1 R.11 Até 2023, reduzir em 35,0% o número de casos autóctones de malária nos DSEI endêmicos (Não se aplica ao DSEI Potiguara)**

**Gráfico 17. E.1 R.12 Alcançar em 50% a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural**



Fonte: SIASI, 2023.

**Gráfico 18.E.1 R.13 Qualificar 70% dos trabalhadores do DSEI para o aprimoramento do trabalho em saúde**



Fonte: SIASI, 2023.

**Análise Crítica** válida para os resultados R.12 e R.13, respectivamente: O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como um dos mais abrangentes sistemas de saúde pública no mundo, servindo uma população brasileira diversificada em termos culturais, étnicos, sociais e regionais. Esta diversidade requer uma abordagem sensível e adaptativa no atendimento à saúde, para garantir uma assistência de qualidade e respeitosa para todos os cidadãos.

A formação dos profissionais do DSEI Potiguara é um desafio que visa preparar indivíduos para atender uma ampla gama de necessidades de saúde da população indígena atendida. No entanto, a diversidade cultural da população muitas vezes é subestimada ou até mesmo ignorada nos cursos na área de saúde e saneamento. Isso pode levar a dificuldades de comunicação, falta de compreensão das crenças e práticas culturais dos pacientes; uma lacuna na qualidade dos cuidados prestados, resultando em última instância em um impacto negativo na saúde e no bem-estar dos indivíduos atendidos.

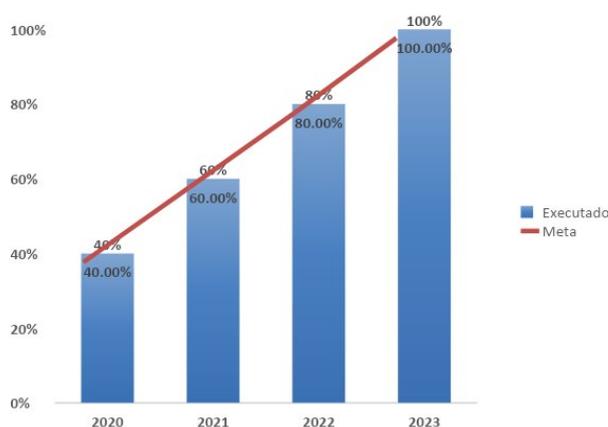
A interculturalidade refere-se à capacidade de reconhecer, respeitar e adaptar-se às diferenças culturais dos pacientes e suas famílias. Isso inclui não apenas a compreensão das diferentes crenças, valores e práticas de saúde, mas também a habilidade de promover a inclusão, a equidade e o respeito, independentemente da origem cultural. Uma abordagem de saúde que não reconhece e valoriza a diversidade cultural é, por definição, ineficaz. A negligência das nuances culturais pode levar a mal-entendidos, má comunicação e, em última instância, a tratamentos inadequados. Em contraste, a integração da interculturalidade pode conduzir a uma maior humanização dos serviços, reconhecendo o paciente como um ser integral, com sua história, valores e crença.

Integrar a interculturalidade na formação dos profissionais do DSEI Potiguara é promover a capacidade de reconhecer, respeitar e adaptar-se às nuances culturais dos indivíduos e suas famílias. Vai além da mera compreensão das crenças e práticas, mas também promove inclusão, equidade e respeito independentemente de a origem cultural com intuito estimular a reflexão sobre conceitos que ajudam a entender a dinâmica do cenário intercultural, e, em diálogo com o campo da saúde.

Vale salientar que nos anos de pandemia pelo COVID-19, por determinações do ministério da saúde e SESAI, os cursos presenciais, foram proibidos de acontecer devido ao contato entre pessoas, no intuito de resguardar o profissional e evitar a disseminação da contaminação. Os cursos passaram de presenciais para modalidade on-line.

Formar profissionais para atuar no sistema de saúde indígena sempre foi um desafio. Trazer o campo do real, da prática do dia a dia de profissionais, usuários e gestores mostra-se fundamental para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde e para a qualificação do cuidado prestado aos sujeitos. A mudança na formação se tem mostrado necessária diante das diversas possibilidades de inserir metodologias ativas de ensino-aprendizagem em seu contexto.

**Gráfico 19. E.1 R.14 Alcançar 100% dos estabelecimentos de saúde indígena com sua respectiva força de trabalho cadastradas no CNES e no SESAI-RH**



Fonte: DIASI, novembro de 2023

**Análise Crítica:** O DSEI Potiguara enfrentou desafios significativos em relação ao CNES, especialmente para a atualização do CNES da sua sede no município de João Pessoa-PB. O processo envolveu mais de um ano de articulação e envio de ofícios à secretaria municipal de saúde, responsável pela inserção do CNES, até conseguir atualizar o CNES do DSEI e incluir os profissionais de saúde que atuam na sede.

## **E.2 R.1 – Análise crítica 2020 – 2023 – Infraestrutura e Saneamento**

### **Estratégia 2. Melhorias das infraestruturas de saúde e dos serviços de saneamento nas áreas indígenas**

O saneamento, dentre o conjunto que compõe as atividades de saúde pública, se constitui em um importante meio de prevenir doenças sobre seu bem-estar físico, trazendo como metas alcançadas referentes ao Saneamento ambiental SESAI/DSEI/POTIGUARA. O Ministério da Saúde, que detém a mais antiga e contínua

experiência em ações de saneamento no País, trabalha para reduzir tais riscos, atuando em ações de saneamento básico, a partir de critérios epidemiológicos, socioeconômicos e ambientais voltados para a promoção e proteção da saúde. Sua missão é promover a saúde pública e a inclusão social por meio de ações de saneamento e saúde ambiental. Sendo assim, fomenta soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças.

Observa-se que o sistema de abastecimento de água, na sua maioria, possui uma infraestrutura baseada em captação subterrânea, caracterizada pelas modalidades de abastecimento mais comuns na região, como SAA e SAC, com reservatórios elevados, equipamento de desinfecção, redes de distribuição ramificadas e ligações domiciliares. Atualmente, esses sistemas são administrados pelo DSEI/POTIGUARA e oferecem acesso à água potável em 90% das aldeias. A distribuição, controle e monitoramento da qualidade da água são realizados gratuitamente, incluindo operações como acionamento da bomba, cloração e manobras manuais, executadas pelo AISAN. Além disso, são promovidas ações de conscientização sobre a utilização da água potável, que é considerada essencial para o fornecimento de alimento seguro à população. O sistema de esgoto promove a interrupção da cadeia de contaminação humana. Já a melhoria da gestão dos resíduos sólidos (lixo), reduz o impacto ambiental e elimina ou dificulta a proliferação de vetores de doenças.

#### **E.4. R.1 Análise Crítica 2020 – 2023 – Monitoramento Orçamentário**

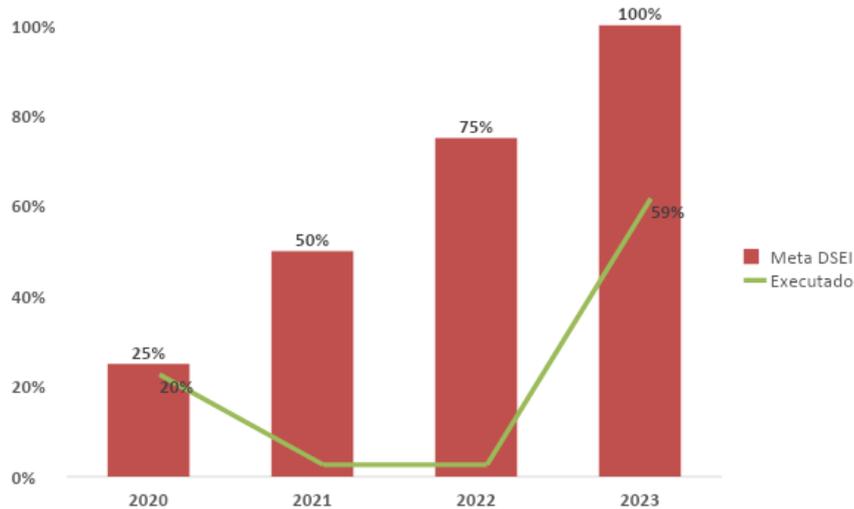
##### **Estratégia 4: Monitoramento da execução orçamentária dos recursos empenhados nos Contratos continuados, Atas de Registro de Preços e demais instrumentos celebrados no âmbito dos DSEI**

A execução orçamentária do DSEI Potiguara, no âmbito do PDSI 2020-2023, revela um aumento no percentual de utilização dos valores descentralizados pela CGPO/SESAI em comparação com o montante executado pelo DSEI Potiguara. Este avanço é resultado do reforço dos controles internos do Distrito e da gestão eficiente de seus recursos, alcançando um índice de execução de 96% no exercício de 2023. O Desafio do Distrito para o próximo quadriênio (2024-2027) é a melhoria contínua de suas ações, buscando atender sua missão com efetividade.

## E.6. R.1 Análise crítica 2020 – 2023 – Controle Social

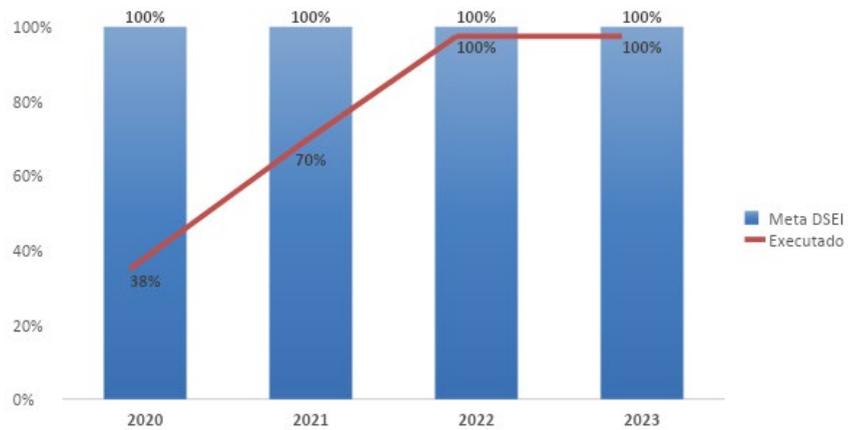
### Estratégia 6: Fortalecimento das instâncias de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

**Gráfico 20. E.6 R.1 - % dos DSEIs com a estrutura de instâncias de participação e controle social aprimoradas**

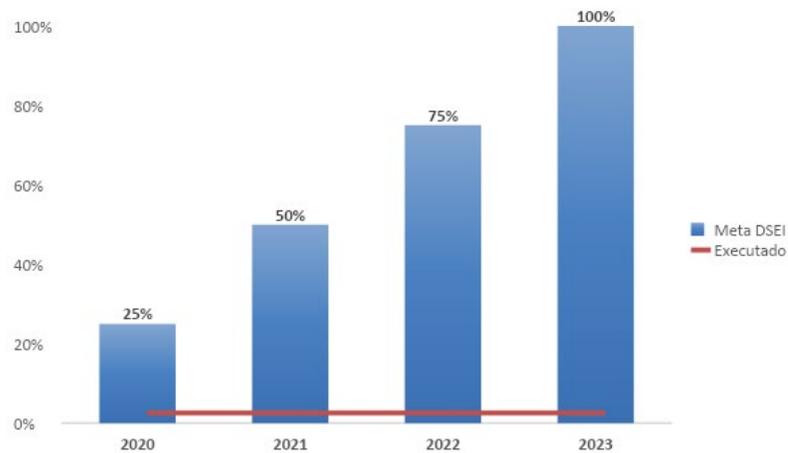


Fonte: CONDISI, 2020 a 2023.

O Conselho Distrital de Saúde Indígena Potiguara – CONDISI Potiguara, nos anos de 2020 a 2023, obteve um déficit nas ações programadas do Controle Social, devido à ocorrência de diversos fatores que implicaram na execução de atividades para o segmento anual dos conselhos. A Pandemia da COVID-19, que esteve em evidência nos anos de 2019 a 2021, impossibilitou a realização das atividades, tendo em vista que o conselho respeitou e seguiu as normas e orientações de segurança estabelecidas pelo MS, que priorizava o distanciamento social, evitando-se aglomeração de pessoas. É importante frisar que, embora tenha se obtido um número abaixo das metas, o CONDISI/Potiguara empenhou-se para fortalecer o exercício do Controle Social.

**Gráfico 21. E.3.R.2 - % de atividades de participação e controle social executadas**

Fonte: CONDISI, 2020 a 2023.

**Gráfico 22. E. 3.R.3 - % Conselheiros de saúde Indígena qualificados**

Fonte: CONDISI, 2020 a 2023

## 7. RESULTADOS ESPERADOS

Quadro 40 - Estratégia 1. Atenção à Saúde: Qualificar as ações e equipes de atenção e vigilância em saúde indígena.

Resultados	2024		2025		2026		2027	
	Brasil	DSEI	Brasil	DSEI	Brasil	DSEI	Brasil	DSEI
E1.R1. Reduzir em 30,0%, até 2027, a Taxa de mortalidade infantil indígena por causas evitáveis (PPA)	7,96%	7,53%	15,44%	15,02%	25,39%	22,51%	30,36%	30,00%
E1.R2. Alcançar, em 2027, 90% de recém-nascidos indígenas com pelo menos 1 (uma) consulta até o 28º dia de vida.	75%	75%	80%	80%	85%	85%	90%	90%
E1.R3. Alcançar, em 2027, 60% das crianças indígenas menores de 1 ano com acesso às consultas preconizadas de crescimento e desenvolvimento (PPA).	45%	64,47%	50%	69,63%	55%	75,20%	60%	82,72%
E1.R4. Alcançar, em 2027, 80% das crianças indígenas menores de 1 ano com no mínimo 6 acompanhamentos alimentar e nutricional (PPA)	67%	75,3%	70%	79,06%	75%	83,02%	80%	87,17%
E1.R5. Alcançar, até 2027, 88% das crianças menores de 6 meses em aleitamento materno exclusivo.	82%	85,93%	84%	86,79%	86%	91%	88%	92%
E1.R6. Alcançar, até 2027, 35% de mulheres indígenas, com idade entre 25 e 64 anos, com uma coleta de exame citopatológico no ano.	20%	30%	25%	35%	30%	35%	35%	35%
E1.R7. Alcançar, em 2027, 65% das gestantes indígenas com acesso a 6 ou mais consultas de pré-natal (PPA).	50%	36,16%	55%	37,97%	60%	43,67%	65%	50,22%
E1.R8. Reduzir para 12%, até 2027, a proporção de gestantes indígenas com gestações finalizadas entre 22 e 36 semanas de gestação..	18%	18%	16%	16%	14%	14%	12%	12%
E1.R9. Alcançar, em 2027, 35% das gestantes indígenas com no mínimo 1 consulta odontológica durante o pré-natal.	8%	5%	12%	10%	20%	20%	35%	35%
E1.R10. Alcançar, em 2027, 60% da população indígena com primeira consulta odontológica programática.	45%	24,9%	50%	28,7%	55%	37,3%	60%	44,8%

E1.R11. Alcançar, até 2027, 60% de tratamento odontológico básico concluído na população indígena com primeira consulta odontológica programática.	52%	40,4%	55%	48,4%	58%	53,3%	60%	58,7%
E1.R12. Alcançar, em 2027, 40% da população indígenas portadora de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com no mínimo 2 consultas ao ano.	10%	10%	20%	20%	30%	30%	40%	40%
E1.R13. Reduzir, até 2027, em 5% o número de óbitos por suicídio nos 34 DSEI.	2%	2%	3%	3%	4%	4%	5%	5%
E1.R14. Alcançar, até 2027, 100% dos DSEI com no mínimo uma Rede Intersectorial de Atenção Psicossocial implementada.	50%	50%	70%	70%	90%	90%	100%	100%
E1.R15. Alcançar, em 2027, 84% das crianças menores de 1 ano com esquema vacinal completo.	78%	73,53%	80%	76,47%	82%	79,53%	84%	82,71%
E1.R16. Alcançar, em 2027, 90% de óbitos infantis indígenas investigados (PPA).	82%	100%	85%	100%	87%	100%	90%	100%
E1.R17. Alcançar, em 2027, 95% de óbitos maternos indígenas investigados.	90%	100%	92%	100%	93,5%	100%	95%	100%
E1.R18. Reduzir, até 2027, em 8% a incidência de tuberculose por todas as formas nos 34 DSEI.	-2%	-2%	-4%	-4%	-6%	-6%	-8%	-8%
E1.R19. Reduzir, até 2027, em 40% o número de casos autóctones de malária nos DSEI endêmicos.	-10%	-10%	-20%	-20%	-30%	-30%	-40%	-40%
E1.R20. Alcançar, até 2027, pelo menos 70% de casos novos de hanseníase com incapacidade física grau zero no diagnóstico.	50%	50%	55%	55%	60%	60%	70%	70%
E1.R21. Alcançar, até 2027, em 55% a participação de trabalhadores do DSEI em ações educativas de qualificação para atuação em contexto intercultural (PPA).	25%	25%	35%	35%	45%	45%	55%	55%
E1.R22. Qualificar, até 2027, 70% dos trabalhadores do DSEI para o aprimoramento do trabalho em saúde.	55%	55%	60%	60%	65%	65%	70%	70%

Fonte: PDSI 2024 -2027

## 7.2. Infraestrutura e Saneamento

Quadro 41 - Resumo dos resultados e metas PDSI 2024-2027 referentes à Estratégia 2 - Melhorias das infraestruturas de saúde e dos serviços de saneamento nas áreas indígenas

Resultado	2024		2025		2026		2027	
	Meta Nacional	Meta DSEI						
E2.R1. Aumentar, até 2027, 217 aldeias com novas infraestruturas de abastecimento de água.	51	1	89	2	153	3	217	4
E2.R2. Aumentar, até 2027, 69 aldeias com reforma de infraestrutura de abastecimento de água existente.	17	8	29	16	49	26	69	30
E2.R3. Ampliar, até 2027, para 35% o percentual de aldeias com infraestrutura de abastecimento de água com coleta e análise da qualidade da água para consumo humano no ano.	25%	25%	28%	28%	32%	32%	35%	35%
E2.R4. Ampliar, até 2027, para 95% o percentual de amostras de água coletadas em infraestruturas de abastecimento no ponto de consumo com ausência de Escherichia Coli (E. Coli).	92%	50%	93%	40%	94%	80%	95%	95%
E2.R5. Aumentar, até 2027, em 80 aldeias com novos estabelecimentos de saúde.	15	04	26	5	52	09	80	10
E2.R6. Aumentar, até 2027, em 50 aldeias com reformas e/ou ampliação dos estabelecimentos existentes.	09	06	22	12	38	18	50	23
E2.R7. Alcançar, até 2027, 15% de cobertura de aldeias com ações voltadas à temática de resíduos sólidos domésticos.	10%	05%	12%	10%	13%	12%	15%	13%

E2.R8. Reduzir, até 2027, em 5% o percentual de aldeias que praticam a queima como destinação final de resíduos sólidos.	1%	1%	2%	2%	3%	3%	4%	4%
E2.R9. Aumentar, até 2027, em 8% o percentual de aldeias com realização de ações voltadas ao esgotamento sanitário.	2%	2%	4%	4%	6%	6%	8%	8%

Fonte: PDSI 2024 -2027

### 7.3. Planejamento e Gestão de Bens e Serviços

Quadro 42 - Resumo dos resultados e metas PDSI 2024-2027 referentes à Estratégia 3 - Planejamento de bens e serviços adequados à execução das ações de saúde indígena pelos DSEI

Resultado	2024		2025		2026		2027	
	Meta Nacional	Meta DSEI						
E3.R1. Reduzir, até 2027, 80% das despesas oriundas de contratos emergenciais.	10%	30%	30%	30%	60%	40%	80%	100%
E3.R2. Estruturar, até 2027, 80% do serviço de transporte nos DSEI.	20%	33,33%	40%	33,33%	60%	66,66%	80%	100%
E3.R3. Estruturar, até 2027, 80% da gestão farmacêutica nos DSEI.	20%	33,33%	40%	66,66%	60%	66,66%	80%	66,66%

Fonte: PDSI 2024 -2027

#### 7.4. Monitoramento Orçamentário

Quadro 43 - Resumo dos resultados e metas PDSI 2024-2027 referentes à Estratégia 4 - Monitoramento da execução orçamentária dos recursos empenhados nos Contratos continuados, Atas de Registro de Preços e demais instrumentos celebrados no âmbito dos DSEI

Resultado	2024		2025		2026		2027	
	Meta Nacional	Meta DSEI						
E4.R1. Ampliar, até 2027, a execução orçamentária em 98% nos DSEI.	91%	89%	93%	94%	95%	96%	98%	98%

Fonte: PDSI 2024 -2027

#### 7.5. Articulação Interfederativa

Quadro 44 - Resumo dos resultados e metas PDSI 2024-2027 referentes à Estratégia 5 - Ampliação da articulação Inter federativa e Intersetorial com vistas à integralidade das ações de Atenção à Saúde Indígena

Resultado	2024		2025		2026		2027	
	Meta Nacional	Meta DSEI						
E5.R1. Atingir, até 2027, 60% da atualização do cadastro dos estabelecimentos de saúde junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES das unidades de saúde dos DSEI.	30%	25%	40%	50%	50%	75%	60%	100%

Fonte: PDSI 2024 -2027

## 7.6. Controle Social

Quadro 45 - Resumo dos resultados e metas PDSI 2024-2027 referentes à Estratégia 6 - Fortalecimento das instâncias de controle social do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Resultado	2024		2025		2026		2027	
	Meta Nacional	Meta DSEI						
E6.R.1. Alcançar, até 2027, em 46% os conselheiros locais capacitados por DSEI.	35%	35%	38%	38%	43%	43%	46%	46%
E6.R2. Alcançar, até 2027, 58% dos conselheiros distritais capacitados.	48%	48%	50%	50%	55%	55%	58%	58%
E6.R3. Alcançar, até 2027, em 70% as reuniões de Conselhos Locais de Saúde Indígena (CLSI) realizadas.	60%	60%	65%	65%	67%	67%	70%	70%
E6.R4. Alcançar, até 2027, em 80% as reuniões de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) realizadas.	70%	70%	73%	73%	76%	76%	80%	80%

Fonte: PDSI 2024 -2027

## 8. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Eduardo Basto de. Distinções no Campo de Estudos da Religião e da História. In: GUERRIERO, Silas. O Estudo das Religiões: Desafios Contemporâneos. São Paulo: Paulinas, 2003.

ALBUQUERQUE, Eduardo Basto de. Historiografia e Religião. Revista Nures – Núcleo de Estudos Religião e Sociedade, São Paulo, ano 3, n. 5, p. 1-10, jan./abr. 2007. Disponível em <http://www.pucsp.br/revistanures>. Acesso em: 15 de outubro de 2019.

BARCELLOS, Lusival Antonio; CAVALCANTI, Carlos André; MOURA, Anderson Cordeiro de. O mito do herói no processo de ressignificação identitária dos indígenas Tabajara da Paraíba. Revista de Teologia e Ciências da Religião, Recife V. 6. n. 2. julho-dezembro/2016, p. 461-472 – ISSN: 2237-907X. Dossiê: A herança da reforma: por uma leitura da reforma.

BARCELLOS, Lusival Antonio; FARIAS, Eliane et al. Diversidade Paraíba: indígenas, religiões afro-brasileiras, quilombolas, ciganos. João Pessoa: Grafset, 2014. 143p.

BARCELLOS, Lusival; FARIAS, Eliane. Memória Tabajara: manifestações de fé e de Identidade étnica. João Pessoa: Editora da UFPB, 2015.

BARCELLOS, Lusival; FARIAS, Eliane; CÓZAR, Juan Soler. Paraíba Tabajara. João Pessoa: Editora da UFPB, 2015.

BARCELLOS, Lusival. Práticas educativo-religiosas dos Potiguara da Paraíba. João Pessoa: Editora da UFPB, 2014. 384p.

BARCELLOS, L. A.; MENDONÇA, J. B. S. DE S.; NASCIMENTO, J. M. DO. Etnoeducação Potiguara: memória dos troncos velhos, cosmologia e saberes existenciais. Religare: Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da UFPB, v. 17, n. 1, p. 105-140, 28 set. 2020.

BRASIL. Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L6001.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6001.htm).

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 5 de outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).

BRASIL. Ministério da Educação. As leis e a educação escolar indígena: Programa Parâmetros em Ação Educação Escolar Indígena / organização Luís Donisete Benzi Grupioni. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Fundamental, 2002. 72 pp.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos. 5. tir.atual. Brasília: MEC/SEDH, 2009.

BRASIL. Convenção nº 169 sobre povos indígenas e tribais e Resolução referente à ação da OIT / Organização Internacional do Trabalho. - Brasília: OIT, 2011 v.

FREIRE, Carlos Augusto da Rocha; OLIVEIRA, João Pacheco de. A Presença Indígena na Formação do Brasil. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006. ISBN 978-85-60731-17-6 268 p. (Coleção Educação para Todos; 13).

FREITAS, Ernani Cesar de; PRODANOV, Cleber Cristiano. Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

GEERTZ, Clifford. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

MACEDO, Roberto Sidnei. Etnopesquisa crítica/etnopesquisa-formação. Brasília: Liber Livro 2010.

MARCHIORO, Marcio. Questão indígena no Brasil: uma perspectiva histórica. Curitiba: Inter Saberes, 2018. 248p.

MENDONÇA, Joselma Bianca Silva de Souza. Entre o Tronco e o Monte: Convergências e divergências nas espiritualidades dos Indígenas Potiguara e do Carmelo Monástico da Paraíba. Dissertação, PPGCR. UFPB, João Pessoa, 2014. Linha de Pesquisa: Religiosidade Popular. 232 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

RESENDE, Cristina da Conceição. Toré do povo indígena Tabajara da Paraíba: estrutura, crença e ressignificações. 2018. 58p. Trabalho de Conclusão de Curso - TCC (Graduação Licenciatura em Dança) - Centro de Comunicação, Turismo e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.

SARAIVA, Ilson Roberto Moraes. Cerâmica e pintura corporal indígena: a arte como agente de consolidação do patrimônio imaterial dos Tabajara da Paraíba. João Pessoa, 2019. 96f. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) – Universidade Federal da Paraíba.

SILVA, Almir Batista da. Religiosidade Potiguara: tradição e ressignificação de rituais na aldeia São Francisco. 2011. 147f. Dissertação (Mestrado em Ciências das Religiões) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

HEUKELBACH, J.; van HAEFF, E.; RUMP, B.; WILCKE, T.; MOURA, R. C. & FELDMIEIER, H., 2003b. Parasitic skin diseases: Health care-seeking in a slum in Northeast Brazil. *Tropical Medicine and International Health*, 8:368-373.

HEUKELBACH, J.; MENCKE, N. & FELDMIEIER, H., 2002. Cutaneous larva migrans and tungiasis: The challenge to control zoonotic ectoparasitoses associated with poverty. *Tropical Medicine and International Health*, 7:907-910.

HEUKELBACH, J.; MENCKE, N. & FELDMIEIER, H., 2002. Cutaneous larva migrans and tungiasis: The challenge to control zoonotic ectoparasitoses associated with poverty. *Tropical Medicine and International Health*, 7:907-910.

ROBINSON, D.; LEO, N.; PROCIV, P. & BARKER, S. C., 2003. Potential role of head lice, *Pediculus humanus capitis*, as vectors of *Rickettsia prowazekii* *Parasitology Research*, 90:209-211.

WILCKE, T.; HEUKELBACH, J.; SABÓIA-MOURA, R. C. & FELDMIEIER, H., 2002a. Scabies, pediculosis, tungiasis and cutaneous larva migrans in a poor community in northeast Brazil. *Acta Tropica*, 83 (Sup. 1):S100.

LINARDI, P. M., 2002. Anoplura. In: *Parasitologia Humana* (D. P. Neves, A L. Melo, O. Genaro & P. M. Linardi, org.), pp. 368-372, São Paulo: Editora Atheneu.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manejo do paciente com diarreia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo\\_paciente\\_diarreia\\_cartaz.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/cartazes/manejo_paciente_diarreia_cartaz.pdf) Acesso em: 22/11/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n.º 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Anexo V – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) (Origem: PRT MS/GM 2914/2011). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html). Acesso em: 22/11/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema

Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolida----o-n---5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf>. Acesso em: 22/11/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume único. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_5ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed.pdf). Acesso em: 22/11/2023.

SAEED, A. A.; EL BUSHRA, H. E.; AL-HAMDAN, N. A. Does Treatment of Bloody Diarrhea due to *Shigella dysenteriae* Type 1 with Ampicilin Precipitate Hemolytic Uremic Syndrome Emerg. Infect. Dis., v. 1, n. 4, p. 134-137, 1995. Disponível em: [https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/1/4/95-0406\\_article](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/1/4/95-0406_article). Acesso em: 30 nov. 2020.